FACULTÉ DE M…

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECIN[E]

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE 7 FÉVRIER 1866

PAR

VICTOR LEMOINE

Né à Reims (Marne).

Interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices de Paris
Lauréat des hôpitaux (Mention. Concours des prix de l'internat de 1864),
Ancien interne des hôpitaux de Reims,
Lauréat de l'École de médecine de Reims (1er prix 1857-18[illegible]-18[illegible])
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris
Médaille d'argent (concours de l'École pratique 1864),
Médaille de bronze de l'assistance publique,
Licencié ès sciences.

DES TUMEURS HYPERTROPHIQUES DE L'URÈTHRE CHEZ LA FEMME.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE E. MARTINET

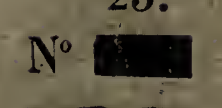
RUE MIGNON, 2

1866

25.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° [redacted]



THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE 7 FÉVRIER 1866

PAR

VICTOR LEMOINE

NÉ A REIMS (MARNE).

Interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices de Paris
Lauréat des hôpitaux (Mention. Concours des prix de l'internat de 1864),
Ancien interne des hôpitaux de Reims,
Lauréat de l'École de médecine de Reims (1er prix 1857-1858-1859),
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris,
Médaille d'argent (concours de l'École pratique 1864),
Médaille de bronze de l'assistance publique,
Licencié ès sciences.

DES TUMEURS HYPERTROPHIQUES DE L'URÈTHRE CHEZ LA FEMME.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE E. MARTINET

RUE MIGNON, 2

1866

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs.	MM.
Anatomie.	JARJAVAY.
Physiologie.	LONGET.
Physique médicale.	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	ANDRAL.
Pathologie médicale.	MONNERET. BÉHIER.
Pathologie chirurgicale.	GOSSELIN. RICHET.
Anatomie pathologique.	CRUVEILHIER.
Histologie.	ROBIN.
Opérations et appareils.	DENONVILLIERS.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	TROUSSEAU.
Hygiène.	BOUCHARDAT.
Médecine légale.	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.	PAJOT.
Clinique médicale.	BOUILLAUD. PIORRY. GRISOLLE. N. GUILLOT.
Clinique chirurgicale.	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT (DE LAMBALLE).
Clinique d'accouchements.	DEPAUL.

Doyen honor., M. le baron PAUL DUBOIS. — *Profess. honor.*, MM. CLOQUET et ROSTAN.

Agrégés en exercice.

MM. BUCQUOY.	MM. HOUEL.	MM. LORAIN.	MM. POTAIN.
CHARCOT.	JACCOUD.	LUTZ.	RACLE.
DESPLATS.	JOULLIN.	NAQUET.	SÉE.
DE SEYNES.	LABBÉ (LÉON).	PANAS.	TARNIER.
DOLBEAU.	LABOULBÈNE.	PARROT.	VULPIAN.
FOURNIER.	LIÉGEOIS.		
GUYON.	LEFORT.		

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau.	MM. HARDY.
— des maladies des enfants.	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses.	LASÈGUE.
— des maladies des voies urinaires.	VOILLEMIER.

Chef des travaux anatomiques, M. SAPPEY, agrégé hors cadre.

Examinateurs de la thèse.

MM. TARDIEU, *président;* PIORRY, LABOULBÈNE, VULPIAN.

M. FORGET, *secrétaire.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE.

A MON BEAU-PÈRE

M. MALDAN

Directeur de l'École de médecine de Reims.

A MON FRÈRE.

A MES ONCLES

M. DELACOUR ET M. GELLE.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS.

M. HORTELOUP

Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Officier de la Légion d'honneur.

EXTERNAT 1861.

M. VULPIAN

Médecin à la Salpêtrière,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

INTERNAT 1862.

M. DEMARQUAY

Chirurgien à la Maison municipale de santé,
Chirurgien du Conseil d'État,
Officier de la Légion d'honneur.

INTERNAT 1863.

M. VERNOIS

Médecin à l'Hôtel-Dieu,
Médecin consultant de l'Empereur,
Membre du Conseil de salubrité publique,
Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

INTERNAT 1864.

M. GUÉRIN

Chirurgien à l'hôpital Saint-Louis,
Chevalier de la Légion d'honneur.

INTERNAT 1865.

A MES PREMIERS MAITRES DE L'ÉCOLE DE REIMS.

A LA MÉMOIRE DE

M. LANDOUZY.

M. GALLIET

Professeur de Clinique chirurgicale.

M. THOMAS

Professeur de clinique médicale.

M. DECÈS

Professeur d'anatomie.

M. DOYEN

Professeur de pathologie externe.

M. STRAPART

Professeur de pathologie interne.

M. PANIS

Professeur d'accouchements.

M. GRANVAL

Professeur de chimie.

Je prie MM. les docteurs HANNEQUIN, directeur honoraire de l'École de médecine de Reims, DUVAL et DESPRETZ, de vouloir bien agréer l'expression de toute ma reconnaissance pour les enseignements que j'ai trouvés près d'eux à l'hôpital de Reims.

DES

TUMEURS HYPERTROPHIQUES

DE L'URÈTHRE

CHEZ LA FEMME.

DÉFINITION.

La lésion que nous nous proposons de décrire est généralement désignée sous le nom de polype de l'urèthre, du moins quand elle est arrivée à un degré de développement assez prononcé pour présenter un corps soutenu par un pédicule plus ou moins étroit.

Si nous adoptons ce titre, nous nous trouverons donc singulièrement bornés dans notre cadre et nous devrons passer sous silence les phases si intéressantes du développement de ces tumeurs, car nous verrons surtout au méat urinaire par combien de degrés elles passent pour arriver de la simple hypertrophie à la forme de polypes proprement dits.

Parfois même leur développement ayant surtout lieu en largeur, elles atteindront tout au plus la forme de crêtes ou de mamelons. Ces réflexions seront parfaitement applicables aux tumeurs intra-uréthrales, qui n'acquièrent réellement un pédicule que par une sorte de progression dans le canal, soit vers l'orifice externe, soit, mais plus rarement, vers l'orifice vésical.

D'une autre part, l'expression de polype ne définissant que la forme

de la tumeur sans rien présager sur sa nature, que de choses dissemblables n'aurait-on pas à décrire !

L'urèthre et le méat ne peuvent-ils pas, en effet, être le siége de lésions beaucoup plus fréquentes du reste ailleurs?

Irons-nous décrire des polypes fibreux, des polypes cancéreux?

Aurons-nous le droit de refuser accès à ces tumeurs plus ou moins pédiculées de nature nettement spécifique, qui par leur forme générale peuvent réclamer le nom de polypes?

Les tumeurs spéciales à la région pour la structure ne doivent-elles pas avant tout fixer l'attention, quelle que soit leur forme?

C'est, du reste, exclusivement ces dernières que nous nous proposons d'étudier, ne faisant intervenir les autres qu'à propos du diagnostic. Ces tumeurs, nous le verrons, sont toujours caractérisées par l'hypertrophie des éléments de la partie sur laquelle elles se développent, que l'hypertrophie porte sur le tissu conjonctif, sur les vaisseaux ou même sur les glandes.

Aussi croyons-nous devoir leur donner le nom de tumeurs hypertrophiques de l'urèthre.

HISTORIQUE.

Les recherches bibliographiques se trouvent forcément assez bornées sur le sujet qui nous occupe.

Churchill en signale quelques exemples rapportés par Sharp (1750); Morgagni (1751); Hughes de Strond-Water, 1768 (*Medical facts and observations*, vol. II, p. 26); Blomefild (*Chirurg. observ.*, vol. II, p. 296); Warner; Jenner; Clarke (*Diseases of females*, vol. I, p. 289); Wardrop (*Lancet*, vol. XIII, p. 784); Rosenmuller; Vogel; Kaldebrand; Drokaska.

En 1833, Gerdy, dans sa thèse pour le concours de la chaire de pathologie externe, en cite un exemple fort incomplet, il est vrai, qu'il emprunte à Sporleder.

Quelques observations nous ont été transmises par Nicod, Boyer et Roux sous les noms de callosités, de fongosités, d'excroissances, de végétations charnues, vasculaires.

Boyer, dans son Traité des maladies chirurgicales, ne fait que mentionner cette affection.

De 1832 à 1834 nous trouvons des cas publiés par madame Boivin et Dugès, MM. Larcher, Rufz.

En 1836, M. le professeur Velpeau ayant eu occasion d'observer lusieurs fois de suite de ces petites tumeurs, en fait l'objet d'une de es cliniques et propose de leur donner le nom de polypes.

En 1843 paraissent quelques observations de MM. Maisonneuve (*Gazette médicale*), Sernin, Du Camin.

En 1844, M. le professeur Schutzenberger en publie plusieurs xemples dans la *Gaz. médic.* de Strasbourg; la même année paraît une bservation de M. Stoess et une thèse de M. Bavoux (*Thèses de Strasbourg*).

M. Forget, en 1844, fait paraître sur ce sujet un article remarquable dans le *Bulletin de thérapeutique*, t. XXVI.

Puis nous trouvons quelques cas épars dans les journaux :

M. Thore (1847, *Gaz. méd.*, page 319).

M. Garru (1849, *Gaz. des hôpitaux*).

M. Demarquay (1855, *Gaz. des hôpitaux*).

Riberi (*Archives générales de médecine*, t. XIII).

M. Maisonneuve (*Bulletin de thérapeut.*, t. XXX).

En 1855, M. Verneuil fait à la Société de biologie une communicaon sur la structure des polypes de l'urèthre.

En 1858 paraît sur le même sujet une thèse de M. Henry.

En 1862, une thèse de M. Velter.

Plus récemment, nous avons pu consulter l'article de Churchill, les eçons de notre cher et honoré maître, M. Guérin, sur les maladies des rganes génitaux externes de la femme.

M. Giraldès a fait tout dernièrement à la Société de biologie une mmunication du plus haut intérêt, sur une forme de polype non écrite jusqu'alors.

Enfin nous avons été aidé par les lumières de M. Huguier, à qui nous isons ici les plus vifs remercîments pour les savants conseils dont il bien voulu nous honorer.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

DIVISION.

Le point de départ des tumeurs hypertrophiques de l'urèthre a un très-grande importance.

Il permet en effet d'expliquer leur mode d'apparition, d'évolutio leur forme et même leur structure.

Ces tumeurs peuvent se développer soit sur le méat (tumeurs d méat), soit dans l'intérieur même du canal (tumeurs intra-uréthrales

Les tumeurs intra-uréthrales elles-mêmes ont un siége qui est lo d'être indifférent.

Les trouverons-nous à une des extrémités du canal, soit près d méat, soit près du col vésical, nous arriverons parfaitement à no expliquer comment, dans ces régions toutes garnies de papilles, dom nera surtout l'hypertrophie de ces parties; comment les symptôm seront toujours assez accusés, que l'excès de développement parais atteindre spécialement soit les vaisseaux, soit les nerfs.

Dans la partie moyenne de l'urèthre existerait, d'après M. Giraldè une sorte de dilatation qui permettrait à la tumeur d'y séjourner u certain temps sans donner lieu à aucune manifestation. Là nous n trouvons plus de papilles, mais des glandes sous-jacentes à la mu queuse, et obliquement couchées dans un tissu sous-muqueux mailles assez lâches, d'où, d'après le même auteur, le développeme de l'élément glandulaire.

Tumeurs du méat.

Le méat urinaire, à l'état normal, présente à sa partie postérieu sur la ligne médiane, une petite ligne saillante, décrite par M. Guér sous le nom de *verumontanum.* Ce serait ce verumontanum q serait, d'après M. Huguier, dans la majorité des cas, le point de d-

part de la tumeur hypertrophique ; quelquefois le développement se localiserait exclusivement dans ce point, de façon à figurer soit un petit mamelon, soit une petite crête saillante. Le plus souvent il occuperait toute la demi-circonférence inférieure du méat, de sorte que celle-ci figurerait comme un croissant à concavité tournée en avant et situé sur un plan plus élevé que la demi-circonférence supérieure. Si l'hypertrophie porte surtout sur le diamètre antéro-postérieur, la tumeur figurera comme une sorte de cœur à base supérieure et à sommet plus ou moins large, se continuant avec la colonne antérieure du vagin.

Cette sorte d'hypertrophie est des plus communes, et le plus souvent ne donnant lieu à aucun symptôme, passe inaperçue.

A un degré un peu plus prononcé les deux pointes supérieures soit du croissant, soit de la base du cœur, se prolongent sous forme de deux petits mamelons plus ou moins saillants, qui peuvent à un moment donné se pédiculiser. Bientôt de petits mamelons analogues se développent dans d'autres points, et la tumeur perd petit à petit l'aspect lisse et uni qu'elle présentait tout d'abord.

A ce degré les symptômes sont le plus souvent encore nuls. La muqueuse recouvrant la partie hypertrophiée est ferme, résistante, se confondant par sa couleur rosée avec les parties voisines.

Les deux observations suivantes sont destinées à donner une idée de cet état pour ainsi dire transitoire et d'ailleurs assez répandu.

Observation I.

Le 23 mars 1865, est entrée dans la salle Sainte-Marthe, n° 75, la nommée Cornélie B..., trente-trois ans, blanchisseuse, née à Paris. Nous trouvons comme antécédents trois couches et une fausse couche.

Cette malade est soignée pour une hypertrophie du col avec granulations et antéversion.

Le méat urinaire dans toute sa moitié postérieure présente un développement spécial. Le volume de cette partie est plus que doublé, de sorte qu'elle représente

une sorte de cœur aux deux angles supérieurs duquel se trouvent deux petits prolongements mamelonnés.

La partie moyenne de la base présente également une petite tumeur mamelonnée, empiétant sur le calibre de l'urèthre.

Du reste, toute la surface de la partie hypertrophiée est irrégulière.

La coloration de cette tumeur est absolument la même que celle des parties environnantes, avec lesquelles elle se confond.

La malade ne peut en aucune façon indiquer le début de la tumeur. Le seul symptôme qu'elle accuse de ce côté consiste en des élancements de temps à autre.

Observation II.

Eugénie Capron, vingt-sept ans, née à Saint-Maure.

A vingt-deux ans, à la suite d'un premier accouchement, la malade souffre un peu au niveau du méat. Consécutivement apparaît une tumeur qui, en deux ou trois mois, atteint à peu près le volume qu'elle a maintenant.

La demi-circonférence inférieure du méat a considérablement augmenté de volume. Elle représente une sorte de croissant irrégulier et mamelonné. A droite la corne antérieure du croissant se prolonge en une petite tumeur arrondie. Toute la tumeur est d'une couleur rosée, analogue à celle des parties avoisinantes.

La malade se plaint de douleurs dans les reins et le bas-ventre, douleurs du reste que l'on peut parfaitement rapporter à l'utérus, car cet organe est en antéversion; le col hypertrophié présente des granulations.

Pas de gêne dans la miction.

Pas d'écoulement sanguin.

Puis, l'hypertrophie s'étendant de plus en plus, peut occuper les 3/4 les 4/5, et même tout le pourtour du méat, celui-ci s'ouvrant au centre d'une tumeur mamelonnée.

Telle est la disposition que nous trouverons dans l'observation suivante, mais nous ferons remarquer qu'il y avait en même temps comme nous aurons souvent occasion de le constater, hypertrophie de toute la paroi de l'urèthre.

Les tumeurs du méat sont dans ce cas comme l'épanouissement de l'hypertrophie générale du canal

Observation III.

Au n° 68, salle Sainte-Marthe, est couchée la nommée Marie Habrand, casquettière, âgée de trente-trois ans, née à Rouveau (Meuse).

Réglée à seize ans, menstruation toujours régulière mais peu abondante.

Accouchement à vingt-sept ans ; la tête reste quatre heures à l'orifice vulvaire ; enfant mort.

Environ un mois après l'accouchement, la malade aperçoit au niveau du méat urinaire une tumeur grosse comme le bout du doigt et fort rouge.

La tumeur s'accroît petit à petit.

Peu sensible au toucher, ne gênant ni la marche, ni la miction, la tumeur, comme seul symptôme notable, saigne au toucher.

La malade se plaint en même temps de flueurs blanches continuelles et de douleurs dans les lombes, et souvent dans le ventre et les aines, quand elle est pour uriner et pour aller à la garderobe.

A l'examen, on trouve le méat urinaire occupé par une tumeur du volume d'une grosse fève.

Près des 5/6 inférieurs du pourtour du méat sont pris.

Il n'y a guère que le sixième supérieur, au niveau de la ligne médiane, où le pourtour du méat paraisse avoir conservé son aspect normal. Au-dessous de cette portion saine se trouve une petite dépression qui paraît être tout d'abord l'orifice de l'urèthre, mais c'est un simple cul-de-sac, l'orifice uréthral étant situé en réalité au centre même de la tumeur.

La tumeur se compose en effet de trois lobes inégaux, entourant l'orifice uréthral et séparés les uns des autres par des sillons, au niveau desquels leurs faces correspondantes paraissent se mouler les unes sur les autres.

La plus petite de ces tumeurs, située à droite du méat, occupe à peu près les /5 de la longueur du bord correspondant ; elle représente assez bien une crête un peu obliquement dirigée et surmontée de petites crénelures.

La deuxième tumeur, située à gauche, commençant en avant, un peu au delà de la ligne médiane, occupe en outre les 2/5 du bord correspondant ; elle représente un prisme irrégulier, dont le point d'insertion serait plus large que le reste.

La troisième tumeur, enfin, plus considérable que les autres, commence au niveau de la partie postérieure du méat, et occupe tout l'espace situé entre les deux autres tumeurs.

Elle pourrait mériter le nom de polype, car son point d'insertion est beaucoup plus étroit que le corps même de la tumeur, qui est limité par des faces plus ou moins irrégulières et parsemées de mamelons.

Le pédicule, au niveau de la partie regardant le vagin, est creusé d'un sinus assez profond.

Toute la tumeur est d'un rouge vif, tranchant sur la couleur des parties voisines.

25 *novembre.* — La tumeur est cautérisée au nitrate d'argent, pendant une minute et demie.

30 *novembre.* — Latéralement, sous l'influence de la cautérisation, la tumeur aurait repris sa couleur normale. Nouvelle cautérisation au nitrate d'argent.

10 *décembre.* — État stationnaire, troisième cautérisation.

14 *décembre.* — Un peu de diminution, quatrième cautérisation.

21 *décembre.*—La diminution de la tumeur paraissant peu marquée, M. Guérin se décide à appliquer le fer rouge.

23 *décembre.* — Mais ce jour-là, l'affaissement de la tumeur paraît tellement prononcé, que M. Guérin renonce à appliquer le fer rouge, et met de la poudre d'alun, que la malade conserve trois heures.

Trois jours après, nouvelle cautérisation, à la suite de laquelle la diminution de la tumeur est fort prononcée, surtout dans ses deux lobes supérieurs.

Dans des cas assez rares, nous avons vu la lésion débuter par un des côtés du méat, et y rester assez longtemps bornée.

En même temps que la tumeur s'étend, elle gagne en volume.

Parfois l'hypertrophie porte surtout sur un des mamelons primitifs de façon que la partie supérieure de celui-ci s'élargissant plus ou moins, ou même se couvrant de mamelons secondaires, l'ensemble mériterait, à proprement parler, le nom de polype du méat.

La partie hypertrophiée peut se recouvrir de petits mamelons, de petits cônes ou même d'un grand nombre de petites lamelles appliquées les unes sur les autres et finement dentelées sur leurs bords.

Dans ce cas, par suite, soit du frottement réitéré auquel ces petites tumeurs peuvent être exposées durant la marche, soit du séjour entre les anfractuosités de liquides provenant de la vessie ou du vagin, l'épithélium qui recouvre les parties s'amincit, s'éraille; d'où la sensibilité de la tumeur, le suintement d'un liquide plus ou moins abondant enfin la couleur d'un rouge vif tranchant nettement sur celle des parties voisines. Si la tumeur est petite, elle reste cachée entre les petites lèvres, et en écartant celles-ci, on aperçoit un corps fort irrégulier, rouge, d'un aspect analogue à celui d'une fraise, auquel on l'

souvent comparé. D'autrefois la tumeur, plus volumineuse, écarte les nymphes, qu'elle dépasse en tout ou en partie.

L'orifice du méat peut être plus ou moins rétréci. Parfois il est complétement masqué par un des mamelons.

Il est bien rare qn'on ait signalé la pénétration dans son intérieur l'un des lobes.

Il y a plutôt douleur au moment où les gouttes d'urine viennent au contact des parties que gêne, à proprement parler, de la miction.

Parfois la tumeur est à la fois sur le méat et sur le devant de la colonne antérieure du vagin, de façon à former de véritables tumeurs mixtes comme siége, appartenant à la fois au vagin et au méat.

Dans un cas dont M. Huguier a eu la bonté de me montrer le dessin, a tumeur, fort considérable, empiétait sur l'orifice du vagin, qu'elle masquait en grande partie.

Dans beaucoup de cas, du reste, cette hypertrophie, si nette au iveau du méat occupe en même temps le canal de l'urèthre dans resque toute son étendue, de façon que ce canal fait dans le vagin ne saillie parfois très-prononcée. L'orifice vaginal prenant lui-même a forme d'une sorte de croissant à concavité tournée en avant.

L'urèthre ainsi senti à travers la paroi antérieure du vagin donne a sensation d'un corps spongieux, et peut être suivi jusqu'au point ù il pénètre dans la vessie. Parfois il y aurait une sorte de dilatation u calibre de l'urèthre vers sa partie moyenne, et séjour de quelques outtes d'urine à ce niveau. Parfois, mais plus rarement, rétrécissement du calibre. Dans cet état, étudié par M. Clarke (*Diseases of emales*, vol. I, p. 259), il y aurait à la fois épaississement du tissu ellulaire qui entoure l'urèthre et état variqueux des vaisseaux.

On peut considérer cette sorte d'hypertrophie générale des parois de 'urèthre comme fort importante au point de vue du mode de formation des tumeurs soit du méat, soit même de l'intérieur du canal, bien ue dans certains cas l'hypertrophie semble beaucoup plus locale. Parfois, comme nous aurons occasion de le voir à propos du diagnostic, il a hypertrophie simple sans aucun prolongement qui puisse mériter le

nom de tumeurs hypertrophiques. Nous avons eu deux fois l'occasion de faire l'étude microscopique de tumeurs du méat. De plus, Churchill rapporte un examen fait par M. Quekett.

Sur la coupe d'une de ces tumeurs, on distingue très-nettement une couche épithéliale et une couche sous-épithéliale ou dermique.

La couche épithéliale, assez épaisse, est composée de cellules un peu dissemblables suivant le point que l'on examine. C'est ainsi que profondément, au point de contact avec la couche dermique, on trouve des éléments épithéliaux, petits, à grand axe perpendiculaire à la surface de séparation, dressés les uns contre les autres, et forman une seule couche, puis on rencontre une série d'éléments plus ou moins irréguliers comme s'engrenant les uns dans les autres, et d'autant plus aplatis que l'on s'approche davantage de la surface. Tous ces éléments sont munis de noyaux d'assez petites dimensions et en occupant le centre. Il y a donc beaucoup d'analogie avec l'épiderme proprement dit

La couche dermique serait composée, d'après un examen fait par M. Quekett, de papilles de dimensions variables très-vasculaires. Il n'y aurait pas trouvé de nerfs appréciables.

Pour notre part, nous avons pu constater un grand nombre d'anses vasculaires pressées les unes contre les autres et séparées, par une couche fort mince, de la zone épidermique.

Ces anses vasculaires sont reliées par du tissu conjonctif et des fibrilles élastiques très-fines ; celles-ci, en s'unissant les unes aux autres, forment comme un réseau à mailles quadrilatères plus ou moins régulières. L'observation suivante nous a servi de type pour la description que nous venons de faire

Observation IV.

A la salle Henri IV, n° 30, se trouve couchée la femme Gallois, âgée de cinquante-huit ans, née à Paris.

Réglée à quinze ans, menstruation toujours régulière.

Trois accouchements, dont un difficile.

Ménopause à cinquante-deux ans.

A quarante-cinq ans la malade commence à souffrir en urinant. La miction même est assez irrégulière, parfois facile, parfois difficile, le jet d'urine étant tout à coup interrompu.

La malade ne peut donner aucun renseignement exact sur une petite tumeur dont M. Bauchet l'avait opérée trois ans plus tard.

Cette tumeur, du volume d'une fève, ne paraît avoir été accompagnée ni de douleur ni d'écoulement sanguin.

A cinquante-trois ans, la malade subit une nouvelle opération pour une tumeur analogue, mais elle ne peut pas donner plus de renseignements sur cette seconde opération, faite par M. Morel.

Il y a quatre ans que la miction redevient douloureuse; de plus, sous l'influence de la marche, il se produirait un écoulement sanguin.

Le méat urinaire est entouré par un bourrelet assez saillant. A droite se trouvent de petits enfoncements qui paraissent dus à des cicatrices. A gauche on rencontre une petite tumeur du volume d'un gros pois, son point d'insertion présente l'aspect d'un véritable pédicule, puis la tumeur va s'élargissant, de façon à présenter comme un petit prolongement inférieur.

La surface de la tumeur est irrégulière et comme parsemée de petites bosselures arrondies, rosées à l'extérieur; elle est d'un rouge plus foncé au niveau de sa surface interne, qui se continue, sans ligne de démarcation, avec la muqueuse uréthrale.

La sensibilité de la tumeur paraît peu prononcée.

L'ouverture du vagin est étroite, déprimée en entonnoir, les caroncules myrtiformes, dures, rigides, et l'on peut sentir au niveau de la paroi antérieure du vagin le canal de l'urèthre faisant saillie et formant comme un cylindre résistant.

On constate l'existence d'hémorrhoïdes.

Vu la vascularité très-prononcée de la tumeur, on se décide à faire précéder l'excision de la ligature, puis, après la chute du fil, à cautériser la partie restante du pédicule.

Un fil double étant passé à l'aide d'une aiguille par la partie centrale du pédicule, le plus près possible de son insertion; on a ainsi deux anses, dont l'une sert à étreindre la moitié supérieure du pédicule, et l'autre la moitié inférieure.

On coupe avec des ciseaux la portion de la tumeur située en deçà de la ligature.

Le fil met quelques jours à tomber, et l'on cautérise énergiquement le petit mamelon restant.

Voici maintenant quel était l'aspect de la portion enlevée.

De la grosseur d'un gros pois, rouge, assez résistante, la tumeur est presque quadrilatère.

L'angle supérieur et antérieur présente un prolongement arrondi, rattaché au reste de la tumeur par un pédicule fort étroit.

Le bord supérieur offre quelques bosselures de volume inégal, arrondies, visibles seulement à la loupe.

On peut se rendre compte facilement de la grande vascularisation de la tumeur, les vaisseaux étant remplis de sang coagulé à la suite de la ligature.

L'examen microscopique fait sur une coupe permet de reconnaître une couche épidermique, un derme, ainsi que tous les détails que nous avons donnés à propos de la structure de ces sortes de tumeurs.

L'observation suivante présente quelque intérêt à un autre point de vue. L'examen microscopique ayant été fait quelques jours après une cautérisation au nitrate d'argent, c'est probablement ainsi qu'on peut se rendre compte des quelques particularités que nous avons trouvées dans la couche épidermique.

Observation V.

Le 21 octobre est entrée, salle Sainte-Marthe, n° 74, la nommée Marguerite Laurin, âgée de soixante-trois ans, journalière, née à Saint-Julien (Moselle).

Réglée à dix-huit ans.

Premier enfant à vingt-quatre ans.

Deuxième enfant à vingt-six ans. Lors de cette dernière couche, nécessité d'une délivrance artificielle, la malade met deux mois à se rétablir; depuis, flueurs blanches continuelles.

Ménopause à quarante-cinq ans.

A cinquante-deux ans, commence à apparaître la tumeur actuelle, mais pas de symptômes particuliers jusqu'à l'âge de cinquante-huit ans. A cette époque la malade commence à souffrir en allant avec son mari. La tumeur continue à s'accroître. La miction devient douloureuse ainsi que la marche, pendant laquelle la malade perd du sang.

La tumeur occupe les quatre cinquièmes inférieurs du pourtour du méat. Il n'y a guère que le cinquième supérieur et antérieur qui soit libre.

Tout le côté droit du méat est occupé par une tumeur de la grosseur d'une petite amande, allongée, se divisant elle-même en deux portions séparées par un sillon assez profond.

La tumeur antérieure offrirait la forme d'un prisme dont la base adhérerait au pourtour du méat.

La tumeur postérieure, plus considérable, occuperait en outre toute la portion médiane et postérieure du pourtour du méat.

Sur le bord gauche, il n'y aurait qu'une petite crête égalant à peine les dimensions d'un pois.

Toutes ces tumeurs sont rouges, molles, saignant au moindre contact.

Elles sont formées de petites lamelles, crénelées sur leurs franges.

Extérieurement, elles se continuent insensiblement avec le pourtour du méat.

Intérieurement, leur surface rougeâtre se confond avec l'intérieur du canal de l'urèthre.

L'ensemble de la tumeur empiète sur l'orifice vulvaire, de sorte que celui-ci présente également la forme d'un croissant à concavité tournée en avant.

Tout le pourtour de l'orifice est induré.

L'orifice anal est entouré d'un bourrelet hémorrhoïdal.

Le doigt pénètre assez difficilement dans le vagin. La colonne antérieure du vagin, dure, résistante, forme une saillie très-prononcée. Le doigt, à la profondeur de 3 à 4 centimètres, est arrêté par une sorte de diaphragme perforé à son centre, le pourtour de cet orifice étant formé par un rebord mince et rigide.

Examen microscopique. — La tumeur est formée d'une couche épithéliale, véritable épiderme, et d'un derme.

La couche épithéliale est fort mince et fort irrégulière, comparée surtout à celle que nous avons trouvée dans l'observation IV.

Ce qui peut s'expliquer sans doute par la cautérisation faite les jours précédents. Les éléments plus petits, à contours irréguliers, sont parfois réduits à l'état nucléaire. Il y en a à peine deux ou trois couches superposées.

Le derme, tout à fait comparable à celui de l'observation précédente, est formé d'anses vasculaires fort nombreuses. La trame même est constituée par du tissu conjonctif, entremêlé de fibres élastiques fines.

26 *octobre.* — Cautérisation de la tumeur avec nitrate d'argent.

31 *octobre.* — Sous l'influence de la cautérisation la tumeur a beaucoup diminué.

5 *novembre.* — Le polype s'est en partie reproduit. Excision d'une petite portion. Deuxième cautérisation. Un peu d'hémorrhagie que l'on arrête avec le perchlorure.

25 *novembre.* — Troisième cautérisation (deux minutes).

10 *décembre.* — Quatrième cautérisation.

14 *décembre.* — Cinquième cautérisation.

21 *décembre.* — Sixième cautérisation.

24 *décembre.* — La tumeur s'étant considérablement affaissée, la malade se décide à sortir.

Tumeurs des extrémités du méat.

Elles sont fort rares à l'extrémité supérieure près du col vésical, et elles ont, dans ce cas, donné souvent lieu à des erreurs de diagnostic.

Leur siége habituel est à peu de distance du méat, sur la paroi postérieure du canal. Longtemps la tumeur reste contenue dans l'intérieur du canal, puis, par suite de son développement et sous l'influence des efforts de la miction, elle s'allonge, son point d'insertion devient pédiculé, et elle ne tarde pas à faire saillie au dehors.

Souvent même elle entraîne avec elle la muqueuse du canal, et il y a complication de prolapsus de la muqueuse uréthrale.

L'observation suivante, rapportée par le professeur Schutzenberger, nous en offre un exemple.

Observation VI.

Jeannette P..., âgée de vingt-trois ans, entrée à la clinique des vénériennes le 5 mai 1839, prétend n'avoir jamais été affectée de syphilis. Du reste, aucune lésion suspecte aux organes génitaux.

L'orifice du canal de l'urèthre est dilaté et obstrué par une petite tumeur arrondie, aplatie sur les côtés, du volume d'une grosse fève. Elle adhère par une base assez large à la paroi inférieure de l'urèthre, légèrement prolabée dans l'étendue d'un centimètre à peu près en partant de l'orifice.

La surface de la tumeur est lisse et comme revêtue d'un épithélium très-fin consistance charnue, couleur d'un rouge vif.

La tumeur saigne facilement.

Excrétion urinaire pas douloureuse, facile.

La malade s'est aperçue du développement de la tumeur avant d'avoir eu commerce avec les hommes.

Avec des pinces on fait basculer la tumeur de façon à mettre en évidence sa partie adhérente.

Excision. — Consécutivement écoulement sanguin assez abondant.

Rarement on a signalé l'insertion sur un des côtés ou au niveau de la paroi antérieure.

L'observation suivante, due encore au professeur Schutzenberger, offre l'exemple d'une double tumeur, l'une siégeant sur la paroi postérieure et l'autre sur la paroi antérieure.

Observation VII.

Barbe H..., âgée de vingt-trois ans, entrée à la clinique le 22 mars 1844.

A douze ans, douleurs vives lors de l'émission de l'urine.

La malade prétend ne pas connaître l'origine de sa tumeur uréthrale, mais elle affirme que sa mère s'est aperçue de son existence déjà avant l'époque de la puberté.

Le tubercule uréthral et la paroi inférieure de l'urèthre sont prolabés et dépassent la partie supérieure de l'orifice de près de 2 centimètres, de sorte que l'orifice vaginal est en partie caché par cette saillie.

La face supérieure de la paroi prolabée est occupée par une tumeur allongée, aplatie en haut, adhérant par une base assez large. Son extrémité antérieure offre de petits lobules.

Profondément de la paroi supérieure de l'urèthre se détache une seconde tumeur aplatie, libre, flottante, figurant une petite languette.

Ces tumeurs lisses, d'un rouge vif, saignent facilement.

Le doigt pénètre facilement dans l'orifice uréthral dilaté jusqu'à la vessie.

Miction facile. Pas de gêne ni de douleur, sauf au moment du coït.

Excision.

Dans un cas nous avons trouvé, en même temps qu'un polype intra-uréthal , une tumeur hypertrophique d'un des côtés du méat.

Observation VIII.

Célina L..., vingt-deux ans, lingère, née à Reims.

Réglée à treize ans. Menstruation assez irrégulière.

Premier accouchement un peu avant seize ans. La malade garde le lit pendant six mois et n'est guère rétablie avant neuf mois.

Deuxième enfant à vingt et un ans. La malade toujours souffrante depuis.

En juin 1865, début d'accidents syphilitiques qui s'accompagnent d'angine et de roséole.

C'est pour cette cause qu'elle entre à l'hôpital Saint-Louis.

Le pourtour du méat est sain, sauf au niveau du bord droit, qui se prolonge sous forme d'une languette occupant environ les 2/5 de la hauteur et présentant comme un petit appendice.

Dans l'intérieur même du méat apparaît une petite tumeur de la grosseur d'un noyau de cerise.

La partie visible de cette tumeur présente la forme d'un ovale dont le gran axe est dirigé de haut en bas.

Si l'on contourne cette petite tumeur avec un stylet, on voit qu'elle est supporté par un pédicule assez étroit et que le point d'insertion du pédicule paraît être a niveau de la paroi postérieure du canal, assez près de l'orifice.

La surface de la tumeur assez lisse, sauf quelques petits mamelons, ne diffè pas comme coloration des parties voisines. Peu de sensibilité, pas d'écouleme sanguin.

La malade ne saurait indiquer le début de la tumeur. Jamais de douleur da le canal de l'urèthre. Miction toujours facile.

On trouve du côté des culs-de-sac utérins des traces d'ancienne pelvi-péi tonite.

Nombre. — Le plus souvent la tumeur est unique.

Parfois elle est double (Observation VII). M. Velpeau signale un c où elle était triple.

M. Normann (Churchill) cite une observation où toute la surface d canal était recouverte d'excroissances qui en avaient complétemet changé l'aspect.

Forme. — C'est tout d'abord un mamelon dont le point le plus lar est la base. Celle-ci peut se convertir en un pédicule parfois fo étroit. La tumeur elle-même peut être simple ou bilobée-trilobée.

M. Velpeau rapporte un cas où la tumeur était comme creusée a rigole, de façon que la sortie de l'urine ne se trouvait que peu gêné.

La surface est généralement lisse; souvent, d'après M. Verneu, on pourrait y reconnaître à la loupe comme de petits mamelons.

Couleur. — Elle varie du rose au rouge plus ou moins vif.

Le volume a une très-grande importance au point de vue des sy-ptômes.

Souvent il a servi à établir des divisions parmi ces tumeurs, qe l'on distinguait en petites, moyennes et grosses.

Gerdy reconnaissait à ce point de vue une période d'innocence t une de méchanceté.

Les polypes de petite taille passent souvent inaperçus; il faut n

xcepter toutefois toute une classe, dits polypes douloureux, dont un es caractères principaux est de n'acquérir jamais que des dimensions ɔrt restreintes.

Les polypes de gros volume agissent mécaniquement sur le canal; ouvent ils en changent la forme et surtout le calibre, d'où des incontinences d'urine qui peuvent persister après l'ablation de la ımeur.

Warner en cite du volume d'un œuf de dinde.

La consistance de ces tumeurs, généralement assez ferme, s'explique ar leur structure et les distingue des tumeurs ayant leur point de épart au centre même du canal par suite de l'hypertrophie glanulaire.

La structure de ces sortes de tumeurs se trouve exposée d'une manière complète par M. Verneuil, dans les mémoires de la Société de ologie. (Octobre 1855. — *Structure des polypes de l'urèthre chez la mme,* par M. Verneuil.)

M. Gosselin, ayant enlevé une de ces petites productions qui siégeaient sur la oitié droite de l'orifice uréthral, j'en fis l'examen anatomique.

La tumeur est aplatie transversalement, d'un rouge vif, assez molle au toucher, e pâlit notablement après la section du pédicule, qui est très-vasculaire.

La surface est lisse au premier abord, mais, vue à la loupe, elle est un peu maelonnée, surtout sur le bord tranchant qui réunit les deux faces latérales.

Le pédicule, gros comme une petite plume d'oie, se renfle en trois ou quatre ɔules, plus ou moins isolés, qui par leur réunion constituent la masse totale.

A un faible grossissement, la tumeur paraît composée par une agglomération cylindres juxtaposés, terminés par une extrémité arrondie, et adhérant par la se comme les doigts de la main sur la région métacarpienne.

Ce sont des papilles, portant des prolongements latéraux secondaires plus tits.

Ces papilles sont recouvertes par un épithélium cylindrique, dont les cellules tites, munies d'un noyau, sont disposées perpendiculairement à la surface.

Le corps de la papille est parcouru par un grand nombre de vaisseaux capilres en anse.

Entrecroisés en divers sens, larges, à parois minces, et çà et là un peu dilatés, ; vaisseaux ne sont séparés du revêtement épithélial que par une mince épaisır du tissu de la papille.

Le tissu lui-même, difficile à observer à cause des vaisseaux, présente une a parence fibroïde, très-peu dense, du liquide et de la matière amorphe abreuva en abondance les mailles lâches de la trame.

Vues les douleurs très-vives, recherche de filets nerveux, mais sans aucu résultats.

Donc, hypertrophie papillaire, avec grand développement des vaisseaux.

Dans l'observation suivante, rapportée par M. Velter dans sa thè inaugurale, nous trouvons un examen microscopique d'une tume analogue fait par M. Luys et ayant surtout rapport au mode d'évol- tion du tissu conjonctif.

Observation IX.

La nommée Élise F..., âgée de vingt et un ans, entre à l'hôpital de Versaill service des vénériennes, le 18 avril 1861, pour une tumeur uréthrale.

Elle s'est aperçue pour la première fois de cette tumeur il y a trois ans. Depu accroissement continuel sans autre symptôme qu'un besoin fréquent d'uriner.

De la paroi inférieure de l'urèthre, qui est légèrement prolabée, part une tum trilobée aplatie, verticale, d'une consistance charnue, d'un rouge assez vif, fac- ment saignante.

En certains points, la surface est lisse, dans d'autres, elle est rugueuse et bl- châtre.

La tumeur se continue avec la muqueuse uréthrale par un pédicule qui p être suivi, sous la forme d'un cordon arrondi dur, et de la grosseur d'une pl de corbeau.

L'urèthre, largement dilaté, permet au doigt de pénétrer jusqu'au col vési ; à ce niveau, petites saillies dures donnant apparence chagrinée à la muqu uréthrale.

Du reste, aucune lésion ni aucun trouble du côté de l'appareil génital.

Excision. — Cautérisation avec le nitrate d'argent.

La malade sort guérie dix jours après l'opération ; la cicatrice était alors un eu plus rouge que le reste de la muqueuse. Quinze mois après rien n'avait repar

Examen microscopique de M. Luys. — La tumeur est trilobée. Chaque lobe é- sente à l'extérieur l'aspect rugueux et blanchâtre des papilles hypertrophiées, la coupe, on constate que :

1° Les tumeurs sont constituées par un tissu d'aspect gris rosé qui en form la masse, et qu'elles ne présentent aucun point ramolli ;

2° Le tissu est formé par des fibrilles de tissu conjonctif à différents degrés l'évolution.

3° Les portions les plus centrales sont celles dont l'évolution est le plus avancée; es parties périphériques, au contraire, présentent des éléments en voie d'évolution rogressive.

4° Ce tissu est développé aux dépens du tissu conjonctif sous-dermique.

5° Les fibrilles du derme ont subi une hypergenèse analogue.

6° Cette pullulation d'éléments nouveaux s'est propagée jusque dans le corps es papilles, qui sont par cela même considérablement augmentées de volume.

7° Les éléments de nouvelle formation sont constitués par les éléments de tissu onjonctif à différentes phases d'évolution, depuis l'état de cellules rudimentaires isqu'à l'état de fibres fusiformes allongées.

8° L'élément capillaire joue un rôle très-important. Les vaisseaux de nouvelle rmation sont très-abondamment répartis et se présentent sous l'aspect de lignes nueuses enroulées sur elles-mêmes. Un certain nombre contiennent des globules arfaitement intacts.

Tumeurs du centre du méat.

Nous avons cru devoir réserver une place spéciale à ces tumeurs, omplétement distinctes de toutes celles que nous venons d'étudier, nt par le siége que par le mode d'évolution et la structure. Voici, du este, le résumé de la communication faite par M. Giraldès à la Société biologie.

Il s'agit d'une petite fille de trois ou quatre ans.

A l'ouverture de l'urèthre faisait saillie une petite tumeur rouge rise déterminant parfois des douleurs extrêmement vives.

La tumeur avait la forme et le volume d'un petit marron d'Inde.

Elle était pédiculée et fut excisée. Aussitôt après l'excision, le doigt troduit dans l'urèthre constate une masse rugueuse.

A quelques jours de l'opération, une nouvelle exploration est faite, l'on trouve à l'ouverture de l'urèthre une seconde tumeur.

Le canal est dilaté, et l'on peut constater que la muqueuse urérale est recouverte d'une masse pulpeuse qui est excisée en même mps que la tumeur.

Cette production morbide est transparente, gélatineuse, et l'exame microscopique démontre l'hypergenèse des follicules de la muqueus

M. Giraldès insiste sur la disposition de la muqueuse uréthrale, q se trouve unie à la fibreuse par du tissu cellulaire lâche.

Des follicules muqueux sont obliquement disposés le long d colonnes de l'urèthre. Ils se distendent par suite de la rétention d liquide dans l'espace sous-muqueux et produisent une tumeur q reste quelque temps logée dans la dilatation médiane.

La tumeur, devenue volumineuse, tend à franchir en totalité ou partie l'orifice externe, entraînant avec elle une certaine étendue muqueuse uréthrale.

Voici donc en deux mots le mode d'évolution de ces sortes tumeurs.

Rétention du mucus, hypergenèse des follicules, production d'u tumeur qui reste d'abord logée dans la cavité du canal, puis va irrit la région papillaire.

Nous croyons pouvoir faire rentrer dans ce genre de tumeurs l'o servation suivante, due à M. Sanson, docteur à Chaunay, et rapport par M. Malgaigne (*Journal*, t. XVII).

Observation X.

La femme L..., âgée de vingt-quatre ans, d'une bonne constitution, de pet stature, d'un tempérament sanguin, mariée depuis trois ans, enceinte pour seconde fois, accoucha d'un enfant mâle, bien portant, au mois d'avril derni Cinq jours après sa délivrance, cette femme se levait, vaquait aux soins de s ménage, et se rendait encore tous les jours chez une personne du voisinage do elle faisait les gros ouvrages.

Huit jours après être relevée de couches, elle se plaignit d'un bouton qui était survenu à l'orifice externe du canal de l'urèthre, et qui non-seulement gên l'émission des urines, mais lui occasionnait un prurit et des cuissons insuppor bles. La sage-femme qu'elle consulta lui prescrivit le repos, des bains de siè mais elle ne la visita pas. Deux jours après, l'urine était tout à fait retenue. sage-femme, en la visitant cette fois, fut tout étonnée de trouver au-dessus l'orifice du vagin, et occupant la plus grande partie du vestibule, une tumeur volume d'une grosse noix, rose, transparente, et qu'elle comparait à la membra albumineuse de l'œuf non encore recouverte de sels calcaires. M. le docteur Hu

fut appelé, et, en face d'une affection si étrange, il désira avoir mon avis. Nous procédâmes donc ensemble à un examen minutieux.

La tumeur était mobile et portée par un pédicule étroit qui semblait s'insérer à la paroi antérieure du canal de l'urèthre. Bien plus, la face inférieure de la tumeur était parcourue, à partir du méat urinaire, par un repli de 3 millimètres environ de largeur. Cet examen causa peu de douleur, et la malade ne se plaignait pour le moment que de la rétention d'urine. J'essayai de la sonder, portant la sonde au-dessous de la tumeur ; mais je trouvai l'abord du canal, de ce côté, d'une si grande sensibilité et dans un état d'éréthisme tel, que je cherchai un passage moins douloureux. Il m'avait paru voir au centre de la tumeur une petite ouverture toute semblable à l'orifice externe de l'urèthre chez un enfant du premier âge. J'essayai donc d'y porter ma sonde, qui, en effet, chemina jusqu'à 4 ou 5 centimètres de profondeur, mais sans pouvoir aller au delà. Afin de calmer l'éréthisme du canal, nous fîmes mettre la malade dans un bain, et au sortir du bain, elle fut sondée sans difficulté par notre confrère M. Morlet.

Le lendemain, nouvelle rétention, et cette fois M. Morlet ne put faire pénétrer la sonde. Il suffit de relever fortement la tumeur pour surmonter la difficulté.

Mais la rétention durait toujours, et il était manifeste que la présence de la tumeur était sinon la seule cause, au moins la cause principale des accidents. Après avoir attendu près d'une semaine avant de se décider soit pour l'excision, soit pour la ligature, celle-ci enfin fut préférée et pratiquée par M. Morlet. Dès le même jour, la malade urina d'elle-même pour la première fois, et deux jours après la tumeur était tombée et la guérison était assurée.

Qu'était-ce que cette tumeur? Le repli qui la longeait à sa face inférieure, l'orifice dont elle était percée et qui me permit d'introduire ma sonde à plusieurs centimètres de profondeur, sans parler de sa couleur et de la place qu'elle occupait, tout cela ne tend-il pas à démontrer que c'était un renversement de la muqueuse uréthrale? Affection rare, sans doute, mais dont on trouve un exemple curieux, communiqué par Sernin à l'Académie royale de chirurgie. (*Traité des maladies des voies urinaires*, de Chopart, t. I, p. 397.)

Nous pencherions à croire qu'il y avait en même temps hypertrophie des follicules mucipares, et que c'est dans un de ces follicules que la sonde s'était introduite et avait été arrêtée comme dans un cul-de-sac.

ÉTIOLOGIE.

Excès de nutrition et de formation, c'est ainsi que nous croyons pouvoir formuler d'une façon générale l'étiologie des tumeurs hypertrophiques de l'urèthre.

La première cause à invoquer sera l'afflux du liquide nutritif e plus grande proportion, qu'il soit appelé dans les parties sous l'in fluence d'excitations de nature très-variable ou qu'il y séjourne pa l'effet de phénomènes de compression.

Nous pourrons d'abord invoquer les excitations purement méca niques, ainsi la masturbation, d'où la fréquente coïncidence du déve loppement considérable du clitoris avec la présence de tumeur hypertrophiques.

M. Huguier cite comme la cause la plus générale toute espèc d'obstacle au coït. Dans une série de dessins qu'il a bien voulu m montrer, l'affection s'était développée sous l'influence d'étroitess extrême de la vulve ou de persistance infranchissable de l'hymen Parfois il y avait eu tentatives de substitution de l'orifice uréthral l'orifice vaginal.

Voici une observation fort intéressante que je dois à l'obligeanc extrême de M. Huguier, et qui a été recueillie dans son service pa mon collègue et ami M. Larcher.

Observation XI.

Louise D..., cinquante-huit ans, née à Vitry (Marne), entre à l'hôpital Beaujo salle Sainte-Clotilde, n° 23 (le 14 décembre 1864).

Réglée à l'âge de treize ans et demi. Menstruation toujours régulière.

Mariée à trente ans. Mais l'excès de la douleur que provoquèrent les premièr approches de son mari, l'étroitesse extrême de l'orifice vaginal, interdirent à l malade tout rapprochement sexuel complet.

Interrogée sur le fait de la substitution qu'elle aurait pu faire de l'orific uréthral à l'orifice vaginal pour l'accomplissement de l'acte sexuel, la mala finit par avouer qu'en effet elle avait fait quelques tentatives de ce côté.

Ce fait a, selon M. Huguier, une grande importance étiologique, le plus gran nombre des lésions de l'urèthre chez la femme reconnaissant pour cause u irritation antérieure directe et de cause externe.

C'est au commencement de 1864 que madame D... s'est aperçue de l'appar tion que faisait au dehors une tumeur qui grossit peu à peu.

La surface de la tumeur, à un moment, aurait donné lieu à un suintement que quefois assez abondant pour tacher son linge.

Actuellement pas de douleur ni de gêne dans la miction. Il y a sept mois peu être, un peu d'irritation au niveau du col vésical.

La tumeur ressemble assez à un cœur dont la surface externe offrirait quelques nuosités irrégulières.

Elle serait inclinée à gauche et en bas.

Sa pointe ferait une saillie assez prononcée entre les petites lèvres.

La base paraît se continuer avec le bulbe antérieur du vagin.

Un doigt introduit dans le vagin, avec difficulté, il est vrai, peut circonscrire férieurement et en arrière la base de la tumeur. Une sonde, introduite en même mps dans l'urèthre, n'est séparée du doigt que par une mince couche mem-aneuse.

La tumeur est divisée en deux par un sillon peu profond. La partie inférieure ule fait saillie entre les nymphes.

Sa teinte varie du rose au rouge vif, même au violet.

En avant de la base de la tumeur, enfoncement à bords irréguliers (méat).

15 *décembre.* — La malade étant chloroformée, la tumeur est saisie et attirée en ut, à l'aide d'une pince de Museux.

M. Huguier pratique deux incisions courbes qui, partant d'un point commun, ué à la partie postérieure de la tumeur, s'éloignent ensuite, de façon à la cir-nscrire dans sa totalité, et à venir se rejoindre à la partie antérieure de sa base avant du méat.

Chacune des deux incisions avait donc nécessairement intéressé toute l'épaisseur la paroi inférieure de l'urèthre, plus en avant une portion annulaire corres-ndant à la paroi antérieure, quatre artérioles liées; tamponnement de la cavité vagin avec charpie imbibée de perchlorure de fer.

Une heure après, hémorrhagie en nappe, qui cède à un nouveau tamponnement.

Miction se faisant à l'aide d'une sonde à demeure.

Le 27 décembre, il ne restait plus à l'extérieur des parties qu'un peu d'érythème.

Sur une coupe, apparence de tissu normal hypertrophié. Élément glanduleux ;s-abondant.

Bien que la consistance soit à peu près également molle partout, la base de la meur est colorée en rouge brun, et le sommet à peine en jaune pâle.

M. Gubler examine la tumeur (adénome renfermant en outre des éléments fibreux ondants).

La malade sort guérie le 12 janvier 1865.

Nous arrivons ensuite aux congestions si fréquentes du côté de l'ap-ıreil génital.

La menstruation et surtout la grossesse nous paraissent avoir une ıportance extrême. On sait avec quelle difficulté guérissent alors les aladies de la vulve. Souvent nous avons trouvé dans un premier :couchement le point de départ bien net de l'affection.

Il y a en effet double action, afflux sanguin pour ainsi dire actif e compression des vaisseaux voisins; il se passe du côté de l'urèthre l: même chose que du côté du rectum, et que de fois nous avons trouv la coïncidence de tumeurs hémorrhoïdales avec les tumeurs uréthrales

Les affections utérines agissent absolument de la même façon, et le tumeurs hypertrophiques se rencontrent également très-souvent ave toutes espèces de lésions du côté de l'utérus.

En voici un exemple que nous devons encore à M. Huguier, où il avait en même temps corps fibreux de l'utérus.

Observation XII.

Jeanne-Françoise Geilhac, vingt-deux ans, couturière, née à Barthement (Haute Pyrénées), entre le 17 novembre 1854 dans le service de M. Huguier.

Il y a un an, coliques violentes avec hémorrhagie utérine assez abondan durant trois mois.

Il y a trois mois, développement du ventre, phénomènes de compression, œdèn des membres inférieurs, difficulté pour uriner, aller à la garde-robe.

La palpation du ventre fait reconnaître une tumeur énorme remontant à de travers de doigt au-dessus de l'ombilic, descendant jusqu'au pubis, dure, ass inégale, insensible.

On constate, de plus, deux polypes uréthraux, un supérieur et un inférieur, continuant avec la colonne antérieure du vagin.

Le polype apparu entre les nymphes se gangrène. La colonne antérieure (vagin, fortement endurée, est comme fibreuse.

Polypes uréthraux opérés dans les derniers jours de décembre.

Au commencement d'avril, les polypes ont reparu. — Excision.

Ne pourrait-on pas également attribuer une certaine importance une affection utérine antérieure dans le développement de la tume dont nous allons citer l'observation.

Le fait est rapporté par M. Thore (*Gazette des hôpitaux*, mar 15 mars 1860).

Observation XIII.

Madame X..., âgée de cinquante-neuf ans, a eu plusieurs enfants. Ménopaus quarante-huit ans. Il y a une quinzaine d'années, affection du col utérin.

En 1853, la malade se plaint de gêne et de douleur en urinant, la douleur 'irradiant du côté du bassin, dans les aines et les lombes.

En 1857, les douleurs reparaissent.

En 1859 les douleurs, encore plus considérables, retentissent dans le ventre, le li de l'aine.

Il y a en même temps obstacle dans le canal, gêne de la miction et perte de sang e ce côté.

Dans le canal, à la partie postérieure, à 6 ou 8 millimètres de l'orifice, est insé-ée une tumeur nettement pédiculée, d'un rouge foncé, mamelonnée, assez consi-ante, fort vasculaire, saignant très-facilement et ne dépassant que fort peu le iéat.

Le 10 juin, cautérisation au nitrate d'argent.

Le 15, nouvelle cautérisation.

Enfin, le 28 novembre, excision avec des ciseaux courbes et nouvelle cautéri-ition.

Tout symptôme disparaît, et le 5 décembre la plaie était cicatrisée.

La blennorrhagie a été souvent le point de départ de cette affection. lors, dit M. Guérin, les parties baignées par l'humeur, qui y séjourne endant un temps en rapport avec les soins de propreté, macèrent et excorient.

Les papilles mises à nu s'enflamment, s'hypertrophient.

Voici quelques observations qui semblent rentrer dans ce cas.

BSERVATION XIV. — *Observation de M. Velpeau publiée par M. Barthez.* (*Journal hebdomadaire*, 1836.)

Une jeune fille de seize ans et demi, d'une bonne constitution, quoique encore al réglée, entre dans le service pour un écoulement blennorrhagique et de nom-'euses végétations répandues sur toute la surface interne des grandes et des ıtites lèvres et sur l'entrée du vagin.

Un jour, en la cautérisant, on s'aperçut que l'orifice de l'urèthre était comme ɔuché par une petite tumeur fongueuse du volume d'une petite noisette, d'un 'is rouge, humide, insensible ou faisant éprouver tout au plus un léger prurit ne gênant pas l'émission des urines. Le pédicule s'implantait à une certaine stance du méat sur le côté inférieur et gauche du canal.

Observation XV. — *Professeur Schutzenberger.*

Marie H..., âgée de vingt-trois ans, entre à la clinique des vénériennes a commencement d'avril 1843, pour une blennorrhagie uréthro-vaginale.

Le 20 juillet survient l'écoulement vaginal et uréthral, persistant encore u peu; on trouve à l'entrée du canal de l'urèthre une petite tumeur rouge, de grosseur d'une fève, aplatie sur les côtés, lisse, d'un rouge vif, adhérant à la par inférieure du canal.

Ni gêne ni douleur.

Une ligature est jetée autour de la base de la tumeur. Quatre jours après, el tombe avec le fil.

Cautérisation du point d'implantation faisant encore saillie.

Observation XVI. — *Professeur Schutzenberger.*

Ursule W..., âgée de dix-huit ans, entra à la clinique des vénériennes, le 23 ju let 1838, pour un écoulement uréthro-vaginal, un chancre et un bubon.

Le chancre et le bubon guérirent assez rapidement. L'écoulement persist encore deux mois après l'entrée de la malade. Ce fut à cette époque qu'en l'ex minant de nouveau on découvrit à l'orifice de l'urèthre et adhérant à sa pa postérieure une tumeur grosse comme une noisette, conique, lisse et d'un rou vif.

Excision avec des ciseaux.

M. Velpeau, dans ses Leçons cliniques, attribue une certai influence à la syphilis.

Peut-être n'y aurait-il le plus souvent qu'une simple coïncidenc Le traitement antisyphilitique n'ayant aucune influence sur la tume uréthrale, et celle-ci réclamant toujours pour disparaître un d moyens dont nous parlerons plus loin.

Telles sont les deux observations suivantes.

Observation XVII. — *Due à M. Huguier.*

Le 28 janvier 1862 entre Marie Bougerolle, dix-neuf ans, couturière, née Ronsac (Puy-de-Dôme).

Réglée à quatorze ans. Menstruation régulière.

Accouchement, septembre 1860. Les règles reparaissent six semaines après. les sont douloureuses.

Flueurs blanches depuis.

Il y a six mois, abcès dans les deux aines.

Cautérisation, par M. Piorry en novembre 1862, pour ulcération du col.

Examen le 28 janvier.

On trouve d'abord de l'herpès vulvaire. L'urèthre est très-large à son orifice. ı petit polype cellulo-vasculaire est développé sur la paroi droite du canal avec ıuelle il fait corps et sort par le méat urinaire.

Sur le col utérin, ulcération plate grisâtre.

Le 11 février. Plaques muqueuses à la vulve. Ulcération à la fourchette.

Le polype est excisé avec des ciseaux courbes. Écoulement sanguin. Cautérision au nitrate d'argent.

18 *février*. La plaie résultant de l'ablation a bon aspect. Cautérisation.

14 *mars*. La malade sort guérie.

Observation XVIII. — *Professeur Schutzenberger.*

ıarguerite U..., âgée de vingt-deux ans, a été atteinte, au mois de septembre ı3, d'un écoulement avec douleur très-vive lors de l'émission de l'urine.

.e 13 septembre 1843, elle entre à la Clinique, affectée de chancres et de deux ɔons offrant de plus une tumeur uréthrale. Le traitement mercuriel guérit les ɔons et les chancres, mais n'a pas d'influence sur le polype.

ˈxcision.

D'après tout ce que nous venons de dire, les tumeurs hypertroıques de l'urèthre seraient surtout fréquentes dans la période yenne de la vie, durant la période d'activité des organes génitaux. en signale néanmoins un certain nombre d'exemples chez les petites əs.

Observation XIX. — *M. Larcher.* (*Gazette médicale*, 1834.)

ıne petite fille de dix ans souffrait beaucoup en urinant. Elle fut envoyée à ıpital des Enfants malades le 8 juillet 1832.

ongosité rougeâtre ayant son siége au pourtour de l'urèthre et s'étalant en ɔnnoir de façon à fermer presque complétement l'entrée du vagin.

es moindres attouchements éveillaient de vives douleurs.

xcision. La douleur et la gêne de la miction disparaissent.

Les cas seraient beaucoup plus rares à l'autre extrémité de la vi
et presque toujours il n'y aurait alors qu'une simple récidive. Le débu
du mal remontant beaucoup plus loin.

SYMPTOMES.

Bien souvent l'affection que nous venons de décrire, même a
rivée à un degré de développement assez considérable, ne donna
lieu à aucun symptôme, passe complétement inaperçue, et il fa
l'examen des organes fait pour quelque autre maladie pour
révéler.

D'autres fois, c'est une simple gêne qui peut devenir une doule
intolérable.

Il y a, sous ce rapport, des distinctions fort importantes à faire.

La douleur peut tenir à l'essence même de la tumeur sans qu'a
cune circonstance puisse l'expliquer. Elle tient alors, pour ainsi dir
de la nature des névromes, le simple toucher l'éveille au plus ha
degré.

Ce caractère est parfois tellement prononcé, que M. Guérin a f
une section spéciale dite *Polypes douloureux.*

Le moindre contact y éveille une douleur tellement vive, qu'il e
très-difficile de les toucher pour en apprécier la consistance.

Parfois l'hypéresthésie résiste même à l'action du chloroforme.

En voici un exemple cité par M. Guérin (*Maladies des orga*
génitaux externes chez la femme, 22e leçon, p. 386).

Une jeune fille étant à la veille de se marier consulta mon ami le docteur Jac
qui voulut bien me demander mon avis.

Ayant soumis la malade aux inspirations du chloroforme, nous réussîm
éteindre la sensibilité de la surface cutanée de tout le corps. Mais quand n
voulûmes toucher le polype pour l'exciser, la jeune fille poussa un cri, qui n
indiqua de la manière la plus incontestable que ce point du corps s'était soust
à l'anesthésie. Les bonds qu'elle faisait nous obligèrent à continuer l'action
chloroforme, mais vainement, car le polype ne perdit rien de sa sensibilité
nous fûmes forcés de l'exciser et d'en pratiquer la cautérisation au milieu
mouvements les plus violents de la malade.

Cette variété fort rare se distinguerait également par son petit lume, sa couleur d'un rouge vif, mais non violacée. Ces tumeurs : saigneraient pas même lorsqu'on les touche.

Y aurait-il là prédominance de l'élément nerveux, tandis que dans s autres prédominerait l'élément vasculaire, de même que l'on admet :s papilles nerveuses à côté des papilles vasculaires ?

Voici un autre exemple dû à M. Larcher (*Gazette médicale*, 1834).

Observation XX.

Le 2 mai 1832, entre, salle Sainte-Catherine, hôpital de la Charité, la nommée nny P..., âgée de quinze ans.

Depuis vingt jours, elle ne pouvait uriner qu'avec effort et douleur.

Au-devant de l'orifice externe de l'urèthre, qui était masqué, surtout en bas, ı aperçoit une tumeur d'un rouge vif, d'une sensibilité exagérée.

La tumeur s'implante par un pédicule sur la paroi inférieure de l'urèthre.

M. Roux, le 7 mai, l'excise au moyen d'un bistouri boutonné.

Pas d'écoulement sanguin.

La tumeur paraît composée d'une membrane muqueuse et d'un peu de tissu llulaire.

D'autres fois la douleur s'explique tout naturellement par la des- uction de la couche épithéliale. Le derme, alors à nu, devient fort :nsible au toucher. La marche, le coït sont plus ou moins difficiles. e passage de l'urine sur une surface ulcérée est également fort ouloureux.

La douleur peut prendre un tout autre caractère et retentir dans :s parties voisines, de façon à détourner complétement l'attention du ıédecin.

C'est ainsi qu'il peut y avoir une douleur réflexe du côté soit de urèthre, soit du col vésical, entraînant une sorte de spasme de cet rifice et par suite une gêne considérable dans la miction en même :mps qu'un besoin impérieux.

En voici deux exemples assez remarquables dus à Churchill.

Observation XXI.

Il s'agit de deux malades, veuves, de soixante à soixante-dix ans, présentai toutes deux une petite excroissance à l'orifice de l'urèthre.

Elles furent prises de difficulté pour uriner et d'envies fréquentes de satisfai ce besoin, et ces phénomènes augmentèrent jusqu'au moment où il y eut un rétention complète pendant plusieurs heures. — Il y avait alors un besoin pres sant, des efforts violents; enfin, à l'aide de bains, de lotions chaudes, la malad arrivait peu à peu à vider sa vessie et à obtenir un soulagement momentané.

L'urine ne présentait rien d'anormal comme quantité, comme couleur et comm composition.

On avait essayé de tout, mais sans succès, durant deux mois, quand les malade furent présentées à Churchill.

Une sonde ordinaire ne peut pénétrer dans l'urèthre, dont l'orifice paraît obstru par une excroissance vasculaire. — L'urèthre lui-même, exploré par le vagin semble épaissi et plus dur qu'à l'état normal. Une petite sonde flexible peut enfi pénétrer à la profondeur d'un pouce, mais il est impossible d'aller plus loin, v la douleur très-vive accusée par la malade.

Un autre jour, la sonde pénètre facilement, puis l'introduction redevient impos sible, et ainsi de suite.

Le chirurgien parvient rapidement à triompher d'une façon définitive d l'obstacle par une dilatation successive à l'aide de sondes de plus en plus volumi neuses. Il croit pouvoir conclure à la nature spasmodique du rétrécissement.

D'autres fois, en même temps qu'il y a une action réflexe du côt de la vessie, la présence du polype occasionne une gêne matériell dans l'intérieur du canal, d'où des modifications spéciales dans le je de l'urine.

Observation XXII (1).

M[me] M..., âgée de quarante-trois ans, de constitution moyenne et d'une bonn santé, n'a jamais eu d'affection vénérienne. Elle a eu cinq enfants et est enceint d'un sixième ; sa grossesse est parvenue au terme de six mois. Depuis le commen cement de cette grossesse, elle s'aperçut d'un peu de gêne dans l'émission de urines; cette gêne a été en augmentant d'une manière graduelle; elle a fini pa éprouver la sensation d'un corps étranger qui existerait dans le canal de l'urèthre

(1) *Observation d'un polype de l'urèthre chez la femme*, par le docteur Thore, 1847.

lle a fait aussi la remarque que son jet d'urine est moins volumineux, qu'il est uelquefois divisé et très-fin, et que le besoin d'uriner se fait souvent sentir.

Vers le milieu de décembre, il se manifeste un léger écoulement sanguin, qui ugmente de plus en plus, au point de tacher son linge.

En même temps, les douleurs augmentent; elle éprouve des tiraillements ans le bas-ventre et dans les aines; et la miction devient de plus en plus dou-ureuse.

Le 31 décembre 1845, elle s'examine pour tâcher de reconnaître la cause de ses uffrances, et, pour la première fois, elle remarque l'existence d'une petite tu-eur noirâtre et saignante, placée à l'entrée de la vulve.

C'est alors, dit M. Thore, que, consulté par Mme M...., je procédai immédiate-ent à son examen.

Il existait à la partie supérieure de la vulve une petite tumeur, de couleur vio-cée, du volume d'une cerise ordinaire. Après le plus léger examen, il est facile voir qu'elle prend racine dans le canal de l'urèthre, dont elle dépasse de beau-up le méat. Un stylet introduit la circonscrit entièrement, et permet de voir son plantation, qui a lieu à 8 ou 9 millimètres de profondeur; le canal de l'urèthre assez dilaté, et on peut sans difficulté y introduire le petit doigt pour rendre xamen plus complet.

La tumeur est pyriforme; elle va en se rétrécissant à mesure que l'on pénètre ns le canal, à la sortie duquel elle se développe comme un champignon; elle est lacée, ne peut pas se réduire, rentre à peine dans l'urèthre pour en sortir aus-bt; elle saigne à la plus légère pression, mais l'écoulement sanguin n'est jamais c nsidérable.

Il existe un écoulement leucorrhéique assez abondant, qui remonte à plusieurs a nées, mais qui a augmenté pendant la grossesse.

La présence de la tumeur dans le canal peut encore entraîner des p énomènes d'un autre ordre; nous voulons parler de la dilatation de c conduit et d'une incontinence d'urine consécutive plus ou moins p noncée. Parfois l'incontinence persiste même après l'opération.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer l'observation suivante, q nous devons à l'obligeance de notre collègue et ami M. Burlaud.

Observation XXIII.

a nommée Thérèse Ballien, trente-quatre ans, journalière, née à Danois S ne-et-Oise), est entrée le 8 juin 1865, salle Saint-Martin, n° 44.

onne santé jusqu'à il y a deux ans. Un seul accouchement il y a quatre ans.

Il y a deux ans, à la suite de grandes fatigues, survinrent des envies fréquente d'uriner chaque fois avec de vives douleurs et bientôt avec du sang.

L'exploration ne fait rien reconnaître dans la vessie.

Cet état se prolonge fort longtemps.

Grands bains; cataplasmes; deux applications de sangsues.

Vers la fin de février 1865, incontinence d'urine; en même temps apparitio d'une petite tumeur à l'orifice du méat urinaire.

Le 8 juin, la malade est enceinte de cinq ou six mois; elle perd continuellemen ses urines. Lorsqu'elle est assise sur son lit, l'urine cesse de couler pendant un demi-heure environ; puis, si la malade se met debout, l'urine s'échappe en abon dance; plus de douleur du reste.

Si on veut sonder la malade, on rencontre immédiatement au niveau du mé une petite tumeur faisant saillie, de forme allongée, molle, rougeâtre. — L tumeur s'oppose à l'introduction de la sonde. On ne peut pénétrer dans la cavi vésicale qu'en contournant la tumeur par en bas.

L'insertion a lieu à la paroi supérieure, près du méat.

En pénétrant dans la vessie, on sent une surface irrégulière, fongueuse, l'urir qui s'écoule est en petite quantité, trouble, mélangée à du sang et du pus.

Cette exploration ne produit du reste aucune douleur.

Le 12 juin, excision de la tumeur avec des ciseaux. — L'excision est précéd d'une sorte de torsion du pédicule faite avec une pince. Pas d'écoulement sangu consécutif. L'incontinence persiste encore quand la malade part pour Vésinet.

Dans l'observation suivante due à M. Huguier, l'incontinence, bie qu'existant, était un peu moins prononcée.

Observation XXIV.

Le 24 mai 1861, entre salle Sainte-Clotilde, nº 59, la nommé Aumont (Désiré couturière, trente-quatre ans, née à Lisieux.

L'orifice extérieur de l'urèthre est rouge, irrégulier, très-dilaté, légèrem fongueux.

En arrière de cet orifice se trouve une tumeur de la grosseur d'une petite nc assez dure, arrondie, ne présentant pas une coloration différente de celle de muqueuse voisine.

En déprimant la tumeur, il s'écoule de l'urine et du muco-pus.

Cuisson. Un peu d'incontinence d'urine.

La compression de la tumeur par une sonde ne pouvant être supportée pa malade, on se décide à l'excision.

Opération le 15 octobre.

M. Huguier enlève une portion de muqueuse elliptique. — Réunion des deux èvres à l'aide de fils d'acier. — Cathéter laissé en place.

5 novembre, la malade sort guérie.

Signalons encore l'écoulement sanguin dont la tumeur peut être le siége sous l'influence du toucher, de la marche.

Il est généralement peu marqué, quelquefois il attire seul l'attention.

En voici un exemple dû à M. Larcher et assez curieux, quand on onge aux conséquences qu'aurait pu avoir en pareil cas un examen ncomplet.

Observation XXV. — M. Larcher (*Gazette médicale*, 1834).

Dans le courant de 1832, M. Rufz est prié par les parents d'examiner une petite lle de huit à dix ans, de constater qu'elle avait été violée, et de certifier la chose ar écrit.

M. Rufz reconnaît une fongosité rougeâtre, étalée en entonnoir, qui avait son rigine au pourtour de l'urèthre. Cette fongosité avait saigné récemment.

Cette petite fille avait été vue répandant des pleurs au moment où elle sortait 'un bateau à charbon.

Les parents voulant savoir la cause, elle indiqua la partie inférieure du tronc où le souffrait, et qui était le siége d'un écoulement sanguin.

Aussitôt de regarder, et bientôt on a hâte de ramasser des certificats pour amener une procédure criminelle.

Le coupable n'était qu'un morceau de bois contre lequel probablement la petite lle s'était heurtée.

Parfois la tumeur ulcérée peut être le siége d'un écoulement mucourulent, mais toujours fort peu prononcé.

DIAGNOSTIC.

Les tumeurs que nous étudions peuvent tenir à une hypertrophie cale. Le plus souvent elles accompagnent l'hypertrophie générale

de l'urèthre, dont elles sont une sorte d'épanouissement au niveau du méat.

Mais il peut arriver qu'il y ait simple hypertrophie des parois du canal sans aucune expansion, sans aucun lobe isolé.

La tumeur, quand il y en a, présentant l'aspect d'un bourrelet uniforme et lisse.

Nous croyons devoir alors mettre à part la description de cette lésion, étudiée pour la première fois par M. Guérin, dans son *Traité des maladies des organes génitaux externes de la femme.*

En voici un exemple bien frappant.

Observation XXVI.

La nommée Euphrasie, couturière, âgée de vingt-cinq ans, demeurant à Montmartre, entra à l'hôpital de Lourcine, le 16 février 1860, pour des plaques muqueuses à la vulve, accident dont l'apparition remontait, d'après la malade, à trois semaines environ. Les plaques muqueuses ne présentaient rien d'extraordinaire. Elles coïncidaient avec la pléiade ganglionnaire caractéristique, et le fait ne mériterait pas d'être cité si nous n'avions été frappé de l'existence d'une tumeur au niveau du méat urinaire, et faisant en dehors de cet orifice une saillie d'un centimètre environ.

D'une couleur uniformément rouge dans toute son étendue, ronde et de la largeur d'une pièce d'or de dix francs; cette saillie était remarquable par sa surface, qui était lisse au lieu d'être granuleuse comme le sont les végétations.

La muqueuse qui la recouvrait se continuait sans ligne de démarcation d'une part avec celle de l'intérieur de l'urèthre, et d'autre part avec celle de la vulve.

Je diagnostiquai, dit M. Guérin, une hypertrophie des parois de l'urèthre.

L'existence du méat au centre de la tumeur me parut encore de nature à confirmer mon diagnostic.

Lisse et polie à sa surface, la tumeur avait la forme du bourrelet formé par le prépuce dans la maladie connue sous le nom de paraphimosis.

L'orifice central était assez développé pour que la dernière phalange du petit doigt y entrât tout entière.

Ainsi, la dilatation de l'urèthre avait été la conséquence de l'hypertrophie de ses parois.

Si j'avais pu douter de la nature de cette tumenr, sa turgescence pendant la miction m'eût bientôt fait reconnaître que le tissu érectile des parois de l'urèthre n'était pas étranger à sa composition; on observait le même phénomène à l'époque des règles.

L'apparition de cette tumeur avait été précédée de la douleur dans le canal de l'urèthre.

C'est après avoir souffert pendant deux mois en urinant que la malade s'aperçut qu'elle avait quelque chose d'anormal à la vulve.

Il résulte des renseignements qu'elle donna, qu'à cette époque elle avait une blennorrhagie.

Comme cette hypertrophie causait une assez grande gêne, comme d'un autre côté elle semblait s'accroître, je résolus d'en débarrasser la malade.

Deux méthodes opératoires se présentèrent tout naturellement à mon esprit : l'excision et la cautérisation. Je rejetai la cautérisation, craignant de causer un rétrécissement du méat. Je pensai, au contraire, que l'excision produirait dans les parois de l'urèthre un dégorgement très-utile.

Mais si l'excision était avantageuse en permettant de limiter d'une manière précise la perte de substance, et en dégorgeant la partie restante des parois il était indispensable de trouver un mode opératoire à l'aide duquel on pût prévenir l'hémorrhagie. En conséquence, je choisis l'excision à l'aide de l'écraseur.

Saisissant la tumeur avec une érigne, je l'attirai à moi et, pour plus de solidité, je la serrai avec un fil double qui servit à un de mes aides à la maintenir; puis, passant la chaîne de l'écraseur derrière l'érigne et la ligature, je fis l'excision au niveau du vestibule.

L'opération fut peu douloureuse; elle ne dura que quelques minutes, et pourtant l'écoulement fut assez considérable. Peut-être l'eût-il été davantage si je ne m'y étais opposé par une compression momentanée exercée sur la plaie, car déjà l'urine contenue dans la vessie était fortement colorée en rouge, ce que je reconnus par le cathétérisme. Pour prévenir une hémorrhagie, je tamponnai le vagin avec des boulettes de charpie, de manière à comprimer l'urèthre d'arrière en avant, mais pas assez pour qu'une sonde ne pût pas être introduite dans la vessie.

L'examen de la partie enlevée nous fit reconnaître la justesse de notre diagnostic.

C'était en effet, et ce n'était que les parois de l'urèthre, dont les éléments étaient agrandis. Le tissu spongieux était aussi développé qu'il l'est dans la portion bulbeuse de l'urèthre de l'homme.

Une sonde à demeure ayant été appliquée, on fit un traitement simple avec un linge imbibé d'eau froide, et bientôt la malade sortit de l'hôpital, guérie de la syphilis et débarrassée de son infirmité.

Nous croyons devoir rapprocher de cette observation la suivante, citée par M. Verneuil dans les Mémoires de la Société de biologie.

Observation XXVII.

Chez une femme d'une trentaine d'années, atteinte d'un corps fibreux assez volumineux de l'utérus, on apercevait à la région du méat urinaire une saillie

très-prononcée, au sommet de laquelle se voyait l'ouverture de ce méat. Cette saillie, assez ferme au toucher, était constituée par les parois très-épaissies de l'urethère, dont la muqueuse faisait une sorte de hernie comparable jusqu'à un certain point à une chute du rectum.

La cavité était presque effacée par les replis boursouflés de la muqueuse, mais elle était cependant assez agrandie pour qu'on pût y engager le bout du doigt auriculaire.

La muqueuse était rouge, assez consistante, et formait des circonvolutions, des plis épais, séparés par des sillons profonds.

Cette affection amenait parfois des cuissons en urinant. Pas de véritables douleurs.

Remontant à une époque déjà fort ancienne, elle était survenue petit à petit spontanément.

Occupons-nous maintenant d'une autre lésion que nous avons vue quelquefois coïncider avec les tumeurs hypertrophiques et être la conséquence de leur mode de progression. — Nous voulons parler de la procidence de la muqueuse uréthrale, qui peut, d'une autre part, exister isolément et offrir quelque analogie avec ce que l'on trouve du côté de la muqueuse rectale.

Ces deux sortes de procidences semblent se rencontrer dans les mêmes circonstances chez les enfants ; nous ne pouvons mieux faire que de citer les deux observations suivantes, tout à fait caractéristiques de la lésion et permettant d'établir facilement le diagnostic.

Observation XXVIII. — Observation communiquée à l'Académie de chirurgie par M. Sernin, chirurgien de l'hôpital de Narbonne. (*Bulletin thérapeutique et médical*, t. XXV, 1843.)

Une jeune fille de onze ans était sujette, depuis sa cinquième année, à de fréquentes difficultés d'uriner. Le chirurgien, ayant examiné la vulve, y trouva un corps cylindrique rouge, charnu en apparence, percé à son extrémité, et saillant de quatre pouces hors des grandes lèvres. Ce corps naissait immédiatement du méat urinaire et paraissait être un prolongement de la membrane interne de l'urèthre. Pour mieux s'en assurer, Sernin engagea la malade à uriner. A l'instant cette tumeur se gonfla comme si on l'eût soufflée, l'urine sortit en même temps par un petit jet qui continua quelques secondes après que le besoin eut cessé. On

excisa cette portion flottante de membrane muqueuse; la guérison fut prompte et facile.

Observation XXIX. — M. Guersant (*Gazette des Hôpitaux*, 1841).

Au n° 19 de la salle Sainte-Thérèse est couchée une petite fille nettement tuberculeuse. Au niveau du méat se trouve une tumeur rouge rappelant par son aspect celui de la chute du rectum. Ouverture centrale par où une soude arrive facilement dans la vessie.

On pourrait encore confondre les tumeurs hypertrophiques intra-uréthrales avec la hernie de la muqueuse de la vessie.

Dans un cas rapporté par Percy, le fond de la vessie, toutes les membranes comprises, était venu sortir par l'urèthre. — Il en résultait une petite tumeur molle, rouge, de la grosseur d'une noisette, s'accompagnant de dysurie et de douleur.

L'ensemble des phénomènes qu'elle présentait, la fermeté de son tissu, ses rugosités transversales, son élasticité; la facilité qu'on avait à la réduire, permirent d'éviter l'erreur et de s'abstenir d'une opération qui aurait pu avoir des conséquences mortelles.

Il est arrivé également, quoique très-rarement, qu'un polype ayant son point de départ dans la vessie, pénétrait plus ou moins profondément dans le canal de l'urèthre. On a alors des douleurs très-vives en urinant, un écoulement de sang pendant l'émission de l'urine, symptômes que nous avons eu du reste occasion de décrire à propos des tumeurs intra-uréthrales.

Un signe meilleur, mais il faut pour cela que le polype ait encore une certaine mobilité, consiste dans l'arrêt subit du jet d'urine lors de la miction.

Ce signe cesse d'exister pour peu que le polype ait progressé dans le canal.

On a alors conseillé de recourir au speculum auris, d'un usage, du reste, également utile chaque fois que la tumeur, quel que soit son point d'insertion, reste tout entière renfermée dans l'urèthre.

On peut par ce moyen, surtout pendant la jeunesse, obtenir une dilatation assez marquée.

Cette facilité du canal à se laisser distendre est tellement prononcée dans le jeune âge, selon M. Giraldès, qu'on peut aller avec le doigt à la recherche de la tumeur.

Un autre procédé, fort utile pour préciser le point d'insertion de la tumeur, consiste à la contourner à l'aide d'un stylet.

Les tumeurs du méat proprement dit pourront être confondues avec ces saillies de forme si variable, qu'on peut rencontrer dans tous les points avoisinant l'orifice vulvaire et que l'on désigne sous le nom générique de végétations.

Ces tumeurs diffèrent-elles aussi complétement dans leur essence qu'il le paraît tout d'abord de celles que nous décrivons ?

Toutes, quelles qu'elles soient, elles résultent de l'hypertrophie partielle du derme.

Nous croyons néanmoins devoir conserver la distinction admise, distinction des plus légitimes, alors surtout que les végétations se sont développées sous l'influence de la syphilis.

Ce n'est pas là, du reste, le cas le plus fréquent.

La forme des végétations varie à l'infini. Tantôt filiformes, tantôt irrégulièrement arrondies, tantôt aplaties et dentelées sur leurs bords. Tantôt elles forment des tumeurs comme framboisées, souvent en se réunissant elles constituent une masse qui a la plus grande ressemblance avec un chou-fleur. Elles peuvent être alors, soit réunies sur un pédicule commun, soit isolément implantées.

La forme pourra donc quelquefois guider au point de vue du diagnostic, mais ce qui est beaucoup plus important, c'est le nombre et le mode d'évolution.

Les tumeurs hypertrophiques du méat sont généralement simples, exceptionnellement doubles, triples, mais jamais elles ne représentent le nombre des végétations.

Les végétations ne sont qu'exceptionnellement limitées à un point et surtout au pourtour du méat ; leur point de prédilection paraît être

les grandes lèvres, la fourchette, et ce n'est qu'en suite qu'on en trouvera près de l'urèthre.

Quant à leur mode d'évolution, il diffère suivant qu'elles naissent l'emblée où qu'elles succèdent à des plaques muqueuses.

Quand les végétations naissent d'emblée, dit M. Guérin, elles présentent l'aspect de papilles allongées fines, déliées, délicates; d'un rouge vif au début, elles ne causent aucune douleur; c'est à peine si elles donnent lieu à du prurit.

Disposées à la file les unes des autres, elles forment une ligne semi-circulaire.

A mesure qu'elles se développent, leur sommet s'arrondit, puis se divise et se subdivise à l'infini.

Bientôt, au lieu d'être acuminées, elles s'hypertrophient, se gonflent t deviennent douloureuses.

Dans quelques cas, elles forment de petites tumeurs turgides ressemblant par leur couleur à des tumeurs érectiles.

On voit qu'arrivées à ce degré de développement, elles offrent beau-coup d'analogie d'aspect avec les tumeurs que nous avons décrites.

Quand les végétations résultent de la transformation de plaques muqueuses, on voit ces dernières se dessécher, se fendiller, s'élever t devenir végétantes. — Il y a comme des granulations dans les segments qui sillonnent leur surface. A mesure que la tumeur prend du développement, les fentes de la superficie deviennent plus profondes t circonscrivent une série de petites ramuscules aboutissant à une boule terminale et turgescente.

Brayne de Banbury (*Transactions of the provincial medical and urgical association*, vol. IV) signale au niveau du méat la présence une tumeur encéphaloïde pesant 11 livres. Elle était lobulée. Elle accompagnait, et c'est le cas le plus fréquent, d'une dégénérescence nalogue de l'utérus. Il y avait sensation de brûlure, des élancements; un écoulement ichoreux abondant et fétide. Le diagnostic, ans des cas analogues, offrira peu de difficultés ; ce qui guidera sur-tout, ce sera l'âge de la malade, la forme et le volume de la tumeur,

la nature de l'écoulement et surtout la coïncidence d'une affection analogue du côté de l'utérus.

Signalons enfin une dernière cause d'erreur qui explique bien des méprises. Nous voulons parler des douleurs réflexes éprouvées par les malades dans les parties voisines, utérus, région lombaire, région inguinale, et qui parfois ont seules frappé l'attention des malades et de leurs médecins ; c'est ainsi que M. Larcher rapporte l'observation d'un polype qui, pendant dix-neuf mois, causa les plus vives douleurs à la femme qui le portait. La tumeur fut méconnue tout le temps qu'elle ne fit point saillie au dehors, et tous les moyens heureusement anodins qu'on avait employés pour la soulager furent inutiles.

Souvent malheureusement on dirigea en pareil cas, du côté de l'utérus, des traitements beaucoup plus énergiques.

M. Yvan présenta à M. Velpeau une dame qui souffrait depuis plusieurs années des parties génitales externes et qui avait subi toutes sortes de traitements pour des maladies autres que la sienne. On lui avait fait notamment plusieurs cautérisations sur le col de l'utérus, et personne n'avait songé à examiner l'intérieur de l'urèthre, qui contenait un polype.

On lui adressa également une autre dame comme étant atteinte d'une maladie de matrice pour laquelle on la traitait depuis quinze ans. A un examen plus attentif, on reconnut un polype comme unique maladie.

Enfin, M. Velpeau fut encore appelé auprès d'une dame qui souffrait de l'urèthre depuis longtemps et qui éprouvait en même temps des pesanteurs au bas-fond de la vessie, au rectum, à la matrice. Elle portait dans l'urèthre une tumeur qui pouvait avoir le volume d'un œuf, consistante, d'un rouge livide et ayant énormément distendu le canal.

L'observation suivante, empruntée au *Journal de chirurgie* de Malgaigne (t. XVIII, p. 115), est un exemple bien frappant de ces erreurs de diagnostic.

Observation XXX.

T... (Rosalie), âgée de quarante-huit ans, culottière, entra à l'hôpital Saint-Louis le 22 janvier 1846. Douée d'une constitution robuste et d'un tempérament anguin, elle n'avait jamais été malade jusqu'à l'âge de quarante-trois ans, où les ègles se supprimèrent. Depuis cette époque étaient survenues des pesanteurs de ête, des vertiges revenant par intervalles, sans relation d'ailleurs avec son ffection actuelle.

Un an après la cessation des règles, c'est-à-dire il y a quatre ans, des douleurs se irent sentir pour la première fois aux environs de la vulve, près du méat urinaire; a malade y éprouvait une sensation de piqûre ou de cuisson très-pénible qui 'exaspérait par la marche, mais surtout par l'émission des urines; alors les douleurs étaient si fortes que la malade restait parfois des journées entières sans oser riner; elles diminuaient quand elle était couchée. En même temps, elle ressenait des tiraillements douloureux dans les reins, à l'hypogastre et dans les cuisses.

Peu à peu, les besoins d'uriner devinrent plus fréquents; l'urine sortait quelquefois toute seule, sans que la malade pût la retenir; ce liquide était habituellement rouge et épais. Enfin, la malade ayant porté la main au siége du mal, encontra, en avant de l'entrée du vagin, une tumeur d'un petit volume, très-douloureuse au toucher, qui d'ailleurs ne versait jamais de sang. Elle la garda endant deux ans sans y opposer autre chose que des bains de siége et des lotions 'eau de guimauve, ce qui la soulageait un peu. Enfin, lassée de souffrir, elle alla la consultation de Lisfranc, à la Pitié. Lisfranc appliqua le spéculum, et, négligeant la petite tumeur que la malade lui montrait, lui fit pratiquer sur-le-champ ne saignée de 8 onces, puis lui remit sa prescription banale : trois bains par emaine, tisane de saponaire, pilules de ciguë, frictions sur les aines avec une ommade jaune (iodure de plomb, probablement).

Tous les quinze ou vingt jours, elle retournait à la consultation, où chaque ois une saignée de 4, 8, 12 onces était pratiquée. Trente saignées furent ainsi ratiquées dans l'espace de dix-huit mois; après quoi, suivant son récit, Lisfranc a déclara guérie.

Cependant la tumeur n'avait point disparu, et les douleurs qui l'accompagnaient ersistaient aussi. Une attaque d'apoplexie, suivie de paralysie, en détourna pendant plusieurs mois son attention; mais, lorsqu'elle fut un peu rétablie, elle alla oir un médecin qui cautérisa la tumeur, mais avec des douleurs telles qu'elle e voulut plus recommencer. On lui conseilla alors d'en faire l'extirpation, et, près de longues indécisions, elle se décida à aller à Saint-Louis.

Le 24, au matin, l'examen des parties génitales fait constater à l'entrée du méat rinaire et à la partie inférieure de ce méat une petite excroissance charnue, olle, du volume d'un gros pois, tranchant sur les parties voisines par sa coloation d'un rouge vif, et adhérant fortement à la muqueuse; toutes les autres par-

ties des organes génitaux à l'état sain. Ce petit polype est excisé avec des ciseaux courbes; il s'écoule une quantité assez notable de sang, mais cet écoulement cesse au bout d'une demi-heure.

Dès le lendemain même, la malade se trouva tout à fait soulagée, et, le 29, elle sortit complétement guérie. Les urines s'écoulaient sans aucune douleur; leur émission était moins fréquente, la malade les retenait aisément; leur couleur même avait changé, et, de troubles et rougeâtres, elles étaient devenues tout à fait claires. Les tiraillements dans les reins, les cuisses et l'hypogastre avaient disparu.

PRONOSTIC.

Les tumeurs hypertrophiques de l'urèthre ont le plus souvent un pronostic qui n'est pas grave. Toutefois, celles qui sont indolentes pouvant, par leur volume, gêner la miction, et ayant le plus souvent une tendance marquée à s'accroître, celles qui sont douloureuses occasionnant une gêne assez marquée par suite de leur sensibilité excessive, le chirurgien se trouve dans l'obligation d'en débarrasser les malades le plus promptement possible.

Ajoutons qu'assez souvent l'opération, quelle qu'elle soit, ne peut être radicale, et que l'affection se reproduit, comme nous en avons quelques exemples.

TRAITEMENT.

Nous ne ferons que signaler quelques tentatives de compression faite avec une sonde dont la partie voisine du méat était élargie à l'aide d'une éponge, encore dut-on y renoncer pour recourir à l'excision, comme on peut le voir dans l'observation suivante, due à madame Boivin et Dugès.

Observation XXXI.

Madame G..., âgée de quarante ans, ayant eu un enfant il y a dix-sept ans, était sujette depuis trois ou quatre ans à un écoulement séro-sanguin au niveau de la vulve, écoulement qui était accompagné d'une sensation douloureuse après l'émission de l'urine. Cette douleur fit craindre à la malade d'avoir un ulcère de la matrice.

Sur le bord droit du méat urinaire avait pris naissance une tumeur d'un rouge vif semblable à la crête d'un jeune coq pour la forme, la couleur et la consistance.

Il en sortait une sérosité roussâtre assez abondante. Cette excroissance était le siége d'une très-vive douleur qui avait amené, dans tout l'appareil génital, une excitation sympathique. Les règles étaient devenues plus copieuses, un écoulement blanc et abondant leur succédait.

Application de deux, puis de huit sangsues sur les grandes lèvres.

La douleur et la difficulté d'uriner persistant, une sorte de compression de la tumeur, en même temps que de dilatation du canal, est opérée à l'aide d'une sonde dont la base était élargie par une éponge. La tumeur ayant un peu diminué est excisée à l'aide de ciseaux courbes. Perte sanguine que l'on combat en comprimant de nouveau avec la sonde.

Plus de douleur ni de gêne dans la miction.

Les véritables méthodes sont : la *ligature*, l'*excision* et la *cautérisation*.

Encore verrons-nous que ces méthodes se complètent l'une par l'autre, et que le plus souvent la ligature et l'excision seraient impuissantes à prévenir une récidive sans la cautérisation.

Ligature.— Elle est surtout indiquée quand la tumeur est nettement pédiculée; si le pédicule est étroit, une simple ligature suffit; s'il est plus large, on peut alors appliquer une ligature double, c'est-à-dire qu'on traverse la base du pédicule avec une aiguille munie d'un fil double, et on applique alors de chaque côté une ligature dont l'anse se trouve au centre même du pédicule.

Il faut toujours agir le plus bas possible et attirer par conséquent la tumeur au dehors si elle est intra-uréthrale. — On peut se servir d'un fil de lin ou d'un cordonnet de soie. — La tumeur se flétrit et tombe au bout de quelques jours. Dans le cas suivant, M. du Camin s'est servi d'une anse métallique.

Observation XXXII. — Rapportée par M. du Camin. (*Gazette médicale*, 1843, p. 774.)

Une femme âgée de vingt ans, mariée, souffrait dès longtemps de vives douleurs en urinant, douleurs qui devenaient une véritable torture lorsqu'elle se tenait debout ou qu'elle marchait. Le coït réveillait également des souffrances intolérables. En examinant les parties génitales, M. du Camin aperçut d'abord une excroissance rouge comme une fraise qui sortait de l'urèthre. Le plus léger contact exercé sur elle faisait horriblement souffrir la malade. Le point important pour pouvoir détruire cette végétation en totalité était de connaître le lieu de son implantation; mais son exquise sensibilité força de recourir à un moyen particulier.

Le chirurgien ayant conduit dans l'urèthre un fil d'or courbé en anse, le plaça autour de la tumeur, puis il en engagea les extrémités dans une canule à polype. En faisant ensuite avancer celle-ci, la base du polype se trouva embrassée et serrée. Ce procédé, en même temps qu'il suspendit la vie dans la tumeur, permit de constater qu'elle naissait de la paroi postérieure ou vaginale de l'urèthre. Au bout d'une demi-heure la fongosité tomba et on cautérisa la plaie au nitrate d'argent.

La malade se trouva immédiatement délivrée de ses souffrances. Cependant six semaines après cette opération le mal était revenu au même point.

M. du Camin emporta de nouveau la tumeur d'un coup de ciseaux et en cautérisa la base plus fortement que la première fois.

La récidive ayant encore eu lieu, malgré cette précaution, il fit de nouveau l'excision, qui fut suivie cette fois d'une cautérisation faite avec un bouton de fer de petit volume rougi à blanc.

La maladie cessa définitivement.

Dans un deuxième cas signalé par le même auteur, la ligature suivie d'une cautérisation avec le fer rouge procura une guérison immédiate et radicale.

Dans un troisième cas enfin, la malade n'ayant voulu se soumettre qu'à la ligature, l'excroissance ne put, malgré deux opérations successives, être complétement détruite.

Nous pouvons donc conclure à l'insuffisance de la ligature employée seule, mais suivie de la cautérisation, elle peut constituer un moyen fort utile, car l'excision beaucoup plus radicale en elle-même peut présenter, comme nous le verrons, un inconvénient parfois assez grave. Nous voulons parler de l'hémorrhagie.

De l'excision. — L'excision peut se faire assez commodément avec les ciseaux courbes sur le plat et qu'on introduit, les deux branches égèrement écartées.

Parfois le polype étant assez profondément situé, on est obligé le recourir à une dilatation préalable assez facile à obtenir dans la eunesse.

Mais à un âge plus avancé, on a parfois été forcé de recourir à une ncision antérieure du canal, comme on le voit dans l'observation uivante, rapportée par M. Demarquay (*Gazette des Hôpitaux*, 6 sep- embre 1855).

Observation XXXIII.

Madame X..., âgée de soixante-douze ans, a vu apparaître, il y a dix ans, une tite tumeur rouge de la grosseur d'une groseille faisant saillie à l'extérieur. Il avait en même temps gêne de la miction.

En 1850, cautérisation.

En 1852, gêne nouvelle. Le méat urinaire dilaté est entièrement obturé par une tite tumeur rouge de la grosseur d'un haricot. L'insertion a lieu à la paroi infé- eure du canal, à un centimètre environ du méat. Saillie à l'extérieur avec une rte d'invagination de la muqueuse de l'urèthre dans sa partie inférieure.

Vu l'impossibilité de dilater le canal, on l'incise dans sa partie inférieure pour ciser le polype dont le point d'insertion est cautérisé.

Examen par M. Robin. — Le polype se compose d'une couche épithéliale assez aisse. Trame formée de fibres de tissu cellulaire, éléments fibro-plastiques. bondance des vaisseaux sanguins.

Dans un cas observé par M. Warner, un polype étant situé près du l de la vessie, il commença par dilater l'urèthre de façon à pouvoir aminer le siége du mal avec son doigt ; alors il incisa l'urèthre jus- 'à mi-chemin environ de la vessie, et appliqua une ligature sur la meur.

M. Velpeau s'est servi parfois pour l'excision d'un petit bistouri à me courbe.

M. Huguier pense que, pour éviter la récidive, l'excision doit être gement faite et empiéter sur la muqueuse voisine. Il circonscrit alors

la tumeur par deux incisions courbes se rejoignant en avant et en arrière.

Dans le cas suivant dû au docteur Hosack (cité par Churchill), il y eut excision d'une partie de la muqueuse de l'urèthre.

Observation XXXIV.

La malade portait deux ou trois petites tumeurs situées immédiatement à l'entrée du méat urinaire et fixées à un pédicule étroit. Ces tumeurs rouges paraissaient recouvertes par la muqueuse uréthrale. Elles étaient très-sensibles et saignaient au moindre attouchement. Leur forme était celle d'un pois fendu par le milieu. Leur dimension variait depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'un haricot. Elles étaient placées de telle façon que le jet d'urine venait se briser et se diviser contre elles.

Ces tumeurs enlevées d'un coup de ciseaux récidivent quelques mois après. Nouvelle excision, y compris le bord de l'orifice uréthral.

Nouvelle récidive. Alors on enlève une plus grande portion de l'urèthre après l'avoir attiré au dehors avec la pince de Museux. Hémorrhagie consécutive assez considérable que l'on arrête en comprimant la plaie avec une éponge mouillée.

Voici un autre cas dû au professeur Riberi, de Turin, où il y eut excision complète de l'urèthre.

Observation XXXV. — *Excision complète de l'urèthre pratiquée avec succès chez une femme pour une tumeur fongueuse de ce canal* (Observ. par le professeur Riberi, de Turin.)

Une dame de cinquante-huit ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux et d'une constitution frêle, était sujette, depuis l'âge de onze ans, à un écoulement sanguin par les parties génitales, et depuis l'âge de dix-sept ans, à des flueurs blanches très-abondantes.

Dès l'âge de onze ans, elle avait été également affectée d'une petite tumeur du méat urinaire, douloureuse au toucher, tumeur qui augmenta peu à peu de volume, mais qui cessa de croître à partir de l'établissement de la menstruation.

Mariée à vingt-sept ans, elle n'eut qu'une couche fort difficile. Le coït était douloureux, elle éprouvait un sentiment désagréable de plénitude dans les parties génitales externes, des besoins fréquents d'uriner et d'aller à la garde-robe, même

de l'ischurie. Ces accidents avaient beaucoup augmenté depuis la cessation des règles, à l'âge de quarante-huit ans.

Un médecin qui fut appelé pour la sonder reconnut la présence de la tumeur et conseilla d'en pratiquer l'excision. Ce fut alors qu'elle eut recours au professeur Riberi.

Cette dame était en proie à un amaigrissement extrême, à une fièvre continue, avec rougeur de la langue et soif vive. L'urèthre, qui se développait anormalement entre les grandes lèvres, donnait lieu à une excroissance morbide, charnue dure, rougeâtre, du volume d'une aveline, qui était embrassée par le méat urinaire et allait s'insérer profondément dans le canal.

Cette tumeur rendait difficile l'expulsion de l'urine et l'introduction du cathéter. L'urèthre participait lui-même à cette dégénérescence. La tumeur était le siége de douleurs lancinantes; elle comprenait le corps caverneux du clitoris et une partie des nymphes. Le vagin fournissait un écoulement fétide. Il n'y avait évidemment dans ce cas d'autre ressource que l'excision de la partie malade; aussi fut-elle pratiquée, le 2 juin, de la manière suivante : la patiente fut couchée sur le bord du lit, les cuisses tenues écartées par des aides. L'opérateur isola la tumeur à droite et à gauche au moyen de deux incisions pratiquées de dedans en dehors et s'étendant des parties latérales du col de la vessie jusque sur les côtés du méat urinaire.

Le moment le plus dangereux et le plus difficile de cette opération fut celui où la tumeur, après avoir été détachée à l'extérieur, ne tenait plus qu'au col de la vessie, à cause de l'hémorrhagie qui empêchait de voir les tissus sur lesquels on faisait agir l'instrument.

Cependant le docteur Riberi réussit à détacher l'urèthre près du col de la vessie; ensuite il introduisit un cathéter dans cette cavité et tamponna le vagin pour s'opposer à l'hémorrhagie. La portion de l'urèthre qui fut excisée avait 13 lignes de longueur, ce qui équivaut presque à dire que ce canal fut excisé en totalité. Toute la muqueuse était hypertrophiée, squirrheuse et adhérente à la partie supérieure du vagin. Grâce au traitement énergique, la réaction ne fut pas trop vive.

Le 12, on enleva le cathéter et la charpie qui avait servi à tamponner.

Pendant les vingt premiers jours, l'écoulement de l'urine était involontaire; peu à peu, il cessa de l'être; les parois du vagin se rapprochèrent, il se forma un nouveau canal de l'urèthre avec un nouveau méat urinaire.

La malade guérit parfaitement. (*Archives générales de médecine*, t. XIII, 4e série, p. 119.)

Le danger de ces vastes incisions est, comme nous l'avons déjà dit, l'hémorrhagie qui se produit avec une assez grande abondance, vu la vascularité si prononcée de ces sortes de tumeurs.

En voici une preuve frappante.

M. Am. Forget rapporte (*Bulletin de thérapeutique*, t. XXVI) qu'en 1837 il assista Lisfranc dans l'excision d'un polype de l'urèthre.

« Lisfranc excisa un polype de l'urèthre du volume d'une petite » noisette, situé à deux centimètres environ du méat urinaire. L'inci- » sion fut en apparence suivie de l'écoulement d'une très-petite » quantité de sang.

» Une heure après on vint me chercher en toute hâte, me disant » que notre opérée se mourait.

» A mon arrivée chez elle, je la trouvai pâle, immobile, le pouls » faible. Je découvre la malade dans la pensée qu'une hémorrhagie » était seule capable d'avoir produit des accidents de cette nature.

» Il n'y avait aucune trace de sang dans le lit. L'hémorrhagie avait » cependant eu lieu, mais à l'intérieur de l'urèthre.

» Passé à la surface de ce conduit, le sang avait reflué dans la vessie » qui était considérablement développée.

» La malade accusait un besoin très-vif d'uriner.

» Après avoir débarrassé la vessie des caillots sanguins qui l'ob- » struaient, il me suffit pour arrêter l'hémorrhagie, d'appliquer sur » l'arcade pubienne deux doigts, et de comprimer pendant quelque » temps. »

Pour prévenir pareil accident, la cautérisation doit donc être posée en principe général, car en même temps elle a l'avantage de détruire ce qui aurait pu échapper à l'instrument tranchant, et d'éviter de la sorte la récidive.

Celle-ci se produit quelquefois néanmoins.

Observation XXXVI. — *Observation citée par M. Maisonneuve.* (*Bulletin de thérapeutique*, t. XXX, p. 482.)

Une femme de vingt-huit ans, après un travail forcé, se plaint de cuisson du côté des organes génitaux. — La douleur se propage assez profondément. — Il a en même temps pesanteur dans le fondement; dysurie, urine sanguinolente.

Au moyen d'un stylet, on reconnaît une petite tumeur terminée par un pédicu

s'insérant près de l'orifice de l'urèthre. — La tumeur vasculaire molle se déchire facilement.

On l'excise avec des ciseaux courbes, et on cautérise son pédicule avec le nitrate d'argent.

Quelque temps après, nouveau polype à la même place. — Nouvelle excision.

Pour éviter l'hémorrhagie, M. Voillemier, dans l'observation que nous avons citée, a fait précéder l'excision d'une sorte de torsion du pédicule de la tumeur.

Tout ce que nous venons de dire au sujet de la crainte de l'hémorrhagie nous amène à indiquer combien pourra être favorable la substitution de l'écraseur linéaire à l'instrument tranchant.

Dans ce cas, dit M. Guérin, il faut passer la chaîne autour de la partie que l'on veut enlever, de manière qu'elle ne porte pas sur la muqueuse voisine; en agissant autrement, on donnerait lieu à une cicatrice difforme pouvant entraîner le rétrécissement du méat.

On fait marcher la chaîne avec lenteur quand la tumeur est très-vasculaire.

En serrant d'un cran par demi-minute, on arrive assez vite à une section complète, sans avoir exposé les malades à des hémorrhagies qui peuvent être difficiles à arrêter.

Si l'hémorrhagie se produisait, on en viendrait facilement à bout en comprimant les parois de l'urèthre d'une part, avec une sonde placée dans le canal; d'une autre part, avec des boulettes de charpie placées dans le vagin.

Dans un cas où la tumeur était remarquable par sa mollesse, M. Davis eut recours à de grosses bougies entraînant chaque fois avec elles des portions végétantes.

Quand la tumeur est moins volumineuse, la simple cautérisation peut suffire.

De la cautérisation. — Elle peut se faire à l'aide du cautère actuel, de différents acides, du nitrate d'argent.

Nous en rapprocherons l'action de certaines substances astringentes

constituant ce que l'on a parfois désigné sous le nom de dessiccation.

Le fer rouge, dit M. Guérin, est effrayant pour les malades.

Il ne cautérise que superficiellement, à moins qu'on n'éteigne plusieurs fers sur les parties que l'on veut détruire. De plus, on peut craindre consécutivement un rétrécissement du canal.

En voici un exemple dû à M. Caudemont.

Observation XXXVII.

Madame B..., âgée de quarante ans, d'une constitution délicate, vient me consulter pour un rétrécissement organique de l'urèthre, rendant la miction très pénible et très-difficile. J'introduis une bougie en gomme élastique, d'un très-peti calibre, et je constate l'existence d'un rétrécissement assez considérable pour rendr le passage de la bougie difficile. Ce rétrécissement est dur. Il commence au méa et se prolonge dans l'intérieur du canal à une grande profondeur. Cette dam raconte qu'elle a été atteinte, il y a une dizaine d'années, d'un polype de l'urèthr pour lequel on a pratiqué l'excision et la cautérisation au fer rouge.

C'est consécutivement à cette opération qu'est survenue progressivement l difficulté d'uriner qui existe actuellement et qui la tourmente déjà depuis quatr à cinq ans.

Elle souffre depuis fort longtemps d'un engorgement de l'utérus, qui donne lie fréquemment à des douleurs dans le bassin et à un écoulement leucorrhéique.

Cette dernière maladie existait avant l'apparition du polype uréthral.

Si l'on se décidait à la cautérisation au fer rouge, il faudrait s servir d'un fer conique et préserver les parties environnantes avc des linges mouillés.

Peut-être pourrait-on recourir à la méthode électrique de M. d Middeldorpf. Mais la difficulté de préparation de la pile constitue u inconvénient assez grave.

Voici comment M. Guérin s'exprime sur l'action des différents acid (XXIIe Leçon, p. 381.)

L'*acide acétique* dissout l'épiderme. On voit blanchir la tumeur, q peu à peu se pèle et laisse suinter quelques gouttes de sang brunâtr L'étui épidermique des papilles vasculaires est détruit, comme il serait après une longue macération dans l'eau.

L'application de l'acide acétique est si peu douloureuse que l'on a pensé qu'il agissait plutôt par dissolution que comme caustique. C'est là une erreur.

L'*acide nitrique anhydre* est un caustique sûr et énergique. Dès qu'il est appliqué, on voit jaunir les portions touchées.

Il faut bien prendre garde de le laisser agir au delà.

Pour cela, on isole de la muqueuse environnante par de la charpie sèche, la partie que l'on veut cautériser, et l'on n'emploie pas une trop grande quantité d'acide. La douleur est assez vive sur le moment. Elle peut durer quelques heures, mais avec le temps son intensité diminue.

Il est à remarquer que la malade s'habitue peu à peu aux cautérisations et préfère le caustique le plus énergique, bien qu'elle ait à souffrir plus vivement.

M. Guérin rejette l'acide sulfurique, qu'on pourrait employer seul ou mélangé à du charbon, à du safran.

L'*acide chromique* est également inférieur aux acides acétique et nitrique. C'est un agent terrible qui cautérise instantanément, au point que le pinceau de charpie s'enflamme et se carbonise.

De plus, il y a une douleur intolérable ayant duré parfois plusieurs jours, avec un tel degré d'acuité que les malades ne pouvaient ni manger ni dormir.

Il faut ajouter à cela une céphalalgie intense, des nausées, des vomissements, que l'on a parfois de la peine à arrêter, de la défaillance, de la diarrhée, accidents dénotant un véritable empoisonnement.

Dans bien des cas où la tumeur avait peu d'étendue, le *nitrate d'argent* a pu être d'un grand secours.

Philippe Boyer l'a employé avec avantage. Il lui a suffi pour faire disparaître une petite tumeur.

Dans deux observations que nous avons déjà eu occasion de citer, M. Guérin a par ce moyen obtenu deux guérisons presque complètes. Mais il faut dans ce cas multiplier les cautérisations. Ce n'est guère qu'après la quatrième et la cinquième que le résultat commence à se

prononcer. De plus, il faut prolonger le contact du nitrate d'argent avec la partie que l'on veut détruire. C'est ainsi que nous avons vu la cautérisation durer une minute et demie, deux minutes.

Pour protéger les parties voisines, il suffit de les couvrir de charpie sèche. Un autre procédé assez avantageux en pareil cas, consiste après l'opération à humecter avec de l'eau salée les parties sur lesquelles on ne veut pas que le nitrate agisse.

Enfin, on a eu parfois recours à l'action de divers astringents, notamment l'extrait de Saturne et l'alun.

Voici un exemple dû à M. Caudemont, où l'extrait de Saturne employé pur paraît avoir suffi.

Observation XXXVIII.

Madame J..., âgée de trente ans, atteinte, depuis plusieurs années, d'une métrite chronique qui donne lieu par intervalles à un écoulement uréthro-vaginal variable dans son aspect quelquefois muco-purulent.

Cette dame se plaint que depuis quelque temps, dans ses rapports avec son mari, il s'écoule une grande quantité de sang, sans cependant que cet accident s'accompagne d'aucune espèce de douleur.

Je l'examine au spéculum et je constate sur les lèvres du col de l'utérus une légère rougeur avec des granulations, mais il n'y a ni végétations, ni ulcérations.

Faisant ensuite l'inspection de la vulve, je constate au niveau de la lèvre inférieure du méat urinaire l'existence d'une tumeur formée comme par des crêtes de coq minces et plusieurs fois repliées sur elles-mêmes. Ces parties sont turgescentes et ont une couleur rutilante qui tranche sur la coloration de la muqueuse vulvaire.

La malade n'éprouve point de difficulté pour uriner, ne rend pas de sang dans la miction.

Je propose l'excision suivie de la cautérisation.

Madame J..., sans refuser l'opération, demande à attendre quelque temps pour voir si l'accident dont elle se plaint se reproduira. Toutefois elle veut essayer de quelque moyen plus doux. Je lui donne alors le conseil de se laver fréquemment la vulve avec de l'eau blanche fortement chargée d'extrait de Saturne.

J'avais perdu de vue cette dame, lorsqu'elle revient chez moi en me disant qu'elle a pu guérir sans opération et qu'elle attribue ce résultat à l'application de tampons de charpie imbibée d'extrait de Saturne pur. J'examine et je trouve la tumeur flétrie, ratatinée. Au toucher, elle fournit la sensation sèche et rugueuse de la peau de chagrin.

M. Garru a érigé en méthode l'application de la poudre d'alun et e sabine. Il l'appelle desséchement.

Dans un cas, la malade se refusant à l'excision, quinze jours d'ap- lication d'alun et de sabine suffirent pour amener une guérison omplète.

Dans trois autres cas, l'excision n'ayant pas suffi pour détruire com- létement le mal, l'application des poudres dont nous venons de arler servit à parfaire la guérison.

Quand il faut agir à une certaine profondeur, l'application locale e la poudre devenant fort difficile, M. Garru se sert de bougies de re auxquelles se trouve incorporé de la poudre d'alun et de sabine.

Vu bon à imprimer,
A. TARDIEU.

Vu et permis d'imprimer.
Le vice-recteur de l'Académie,
A. MOURIER.

QUESTIONS.

Anatomie et histologie normale. — Articulation du genou.

Physiologie. — Des propriétés de la salive et du rôle du système nerveux sur la sécrétion de la salive.

Physique et chimie. — Condensations électriques. Effets des décharges sur les corps organisés.

Des oxydes de cuivre et de plomb. Leur préparation, caractères distinctifs de leurs dissolutions.

Histoire naturelle. — Des helminthes qui habitent le corps de l'homme.

Pathologie externe. — De l'encéphalocèle.

Pathologie interne. — De l'ictère grave.

Pathologie générale. — Des maladies latentes et des maladies larvées.

Anatomie. — *Histologie pathologique.* — Des lésions valvulaires du cœur.

Médecine opératoire. — De la valeur des divers procédés d'amputation de la jambe sous le rapport des applications des appareils prothétiques.

Pharmacologie. — Des cérats, des pommades et des onguents. Leur définition, leur préparation.

Thérapeutique. — De la médication substitutive.

Hygiène. — De l'allaitement artificiel.

Médecine légale. — Quelles sont les règles à suivre dans les cas d'autopsies et d'exhumations relatifs aux empoisonnements.

Accouchements. — De la poche des eaux. Notions qu'elle peut fournir au diagnostic et au pronostic.

Vu bon à imprimer.
A. TARDIEU.

Vu et permis d'imprimer.
Le vice-recteur de l'Académie,
A. MOURIER.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.